

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO V LJUBLJANI

MAGISTRSKO DELO

TRANSINSTITUCIONALIZACIJA IN STARI LJUDJE

KATJA VERBOVŠEK

Ljubljana, 2016

PODATKI O MAGISTRSKEM DELU

Ime in priimek: Katja Verbovšek

Naslov naloge: Transinstitucionalizacija in stari ljudje

Kraj: Ljubljana

Leto: 2016

Št. strani: 147

Št. prilog: 6

Št. grafov: 1

Mentorica: Izr. prof. dr. Jana Mali

Lektor: Tomislava Hrastnik, bibliotekarka, predm. učit. slov. jezika

Deskriptorji: transinstitucionalizacija, dezinstitutionalizacija, institucionalizacija, reinstitucionalizacija, stari ljudje, socialno delo

Povzetek: V magistrskem delu se osredotočam na enega izmed novih izzivov za socialno delo, kot lahko označimo transinstitucionalizacijo na področju oskrbe starih ljudi. Slednja opisuje proces, ki se navezuje na stanovanjsko politiko, lahko pa jo razumemo tudi kot spekter programov in okoliščin, ki preseljujejo stare ljudi iz ene institucije v drugo. Kljub dobronamernim ciljem dezinstitutionalizacije in idejam po neodvisnem življenju se namreč institucionalizacija še vedno nadaljuje.

Zaradi neraziskanosti tega področja sem se odločila zbirati podatke, usmerjene v ugotavljanje stopnje transinstitucionalizacije v Sloveniji. Raziskovalne enote, vključene v raziskavo, ki je eksplorativne narave z elementi deskriptivne in izkustvene raziskave, so direktorji domov za stare ljudi in predstavnik zavoda za prestajanje kazni zapora. Raziskava je kombinirana, saj združuje kvalitativne podatke in jih dopolnjuje s kvantitativnim pristopom.

Na podlagi dobljenih rezultatov lahko začutimo tesno povezanost procesov de-, re-, trans- in institucionalizacije. Navajenost na institucionalno varstvo je namreč še vedno trdno zasidrana v mišljenju človeka ob iskanju najprimernejše in celostne oblike oskrbe za stare ljudi. Na podlagi tega ni nič manj pogosta niti reinstitucionalizacija. Kar se tiče dezinstitutionalizacije pa se ta kaže zlasti v storitvi pomoči na domu in ideji po ustanavljanju manjših domov za stare ljudi. Glede transinstitucionalizacije starih ljudi pa se je potrdilo, da pri nas poteka, in sicer predvsem zaradi finančne stiske in nezmožnosti zagotavljanja primerne oskrbe starim ljudem in ne toliko na račun dezinstitutionalizacije. Največ takšnih preselitev poteka iz drugih zavodov v domove za stare ljudi ali iz oz. v psihiatrične bolnišnice in posebne zavode. Zelo pogoste so tudi preselitve v in iz splošnih bolnišnic in zasebnih domov. Najmanj premestitev je iz oz. v zapor.

Ker tema v prvi vrsti služi vpogledu v raziskovano problematiko, je težko podati konkretne predloge, vsekakor pa ti temeljijo na spodbujanju doslednejšega dela, večjem vključevanju socialnih delavcev pri oblikovanju inovativnejše oskrbe, medinstitucionalnem sodelovanju in vplivanju na zakonodajni okvir. Takšne preselitve je potrebno spremljati tudi statistično in nadalje raziskovati vpliv le-teh, tako na institucije kot na uporabnike. Na podlagi takšnih podatkov lahko načrtujemo nadaljnje delo, ga izpopolnujemo in spreminjamo ter odpiramo nova, drugačna vprašanja o oblikah oskrbe starih ljudi. Ob vsem tem sem se opirala v prvi vrsti na znanja in vrednote socialnega dela, ki zasleduje enakost vseh, socialno pravičnost ter zagotavljanje dostojanstvenega življenja starim ljudem.

Title: Transinstitutionalisation and older people

Descriptors: transinstitutionalisation, deinstitutionalization, institutionalization, reinstitutionalization, old people, social work

Abstract: The master thesis focuses on one of the new challenges that have arisen in social work, namely the transinstitutionalization in the field of care for the older people. The latter describes a process, which is related to housing policy, but it can also be understood as a range of programs and circumstances connected to the migration of older people from one institution to another. Despite the well-intentioned objectives of deinstitutionalization and ideas of independent life, the process of institutionalization still continues.

Due to the lack of research of this area, I decided to collect data aimed at determining the level of transinstitutionalization in Slovenia. The research units involved in this study, which is exploratory in nature with elements of descriptive and empirical research, are the directors of homes for the older people and a representative of the Institute for prison. The study combines qualitative data complimented with the quantitative approach.

Based on the results we can find the close relationship between the process of de-, re-, trans- and institutionalization. Accustomedness to institutional care is still firmly anchored in the mind of man at finding the most appropriate and integrated forms of care for older people. On this basis, reinstitutionalization is no less frequent. As for deinstitutionalization, it is shown especially in the service of home help and in the idea of the establishment of small homes for the older people. With respect to transinstitutionalization of older people, it has been confirmed that it mainly takes place in Slovenia due to the financial difficulties and inability to ensure appropriate care for older people and not so much as the result of deinstitutionalization. Most such resettlements take place from other establishments in homes for older people or from and to psychiatric hospitals and special institutions. Very common are also relocations to and from general hospitals and private homes. The lowest level of relocations is from or to prison.

Since this theme primarily serves as the insight into investigated problem, it is difficult to make specific proposals. If they would be made, they would be based on the promotion of consistent work, greater involvement of social workers in the design of innovative care, inter-institutional cooperation and influencing the legislative framework. But it is also necessary to statistically monitor such resettlements and further explore the impacts of these not only on the institutions itself but also on the users. Only on the basis of such data, the further work can be planned and new, different issues concerning the form of care of the older people can be raised and or changed. While writing on this topic, I relied primarily on the knowledge and values of social work, which are based on the equality for all, social justice and ensuring a dignified life for older people.

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO V LJUBLJANI

MAGISTRSKA NALOGA

TRANSINSTITUCIONALIZACIJA IN STARI LJUDJE

Mentorica: Izr. prof. dr. Jana Mali

Katja Verbovšek

Ljubljana, 2016

PREDGOVOR

Obdobje, v katerem živimo, je zaznamovano z velikimi družbenimi spremembami, ki so rezultat razvoja prav vseh področij, s katerimi se tekom življenja srečamo. Posledici teh sprememb sta tudi hitro naraščanje števila starih ljudi in dolga življenjska doba, na kar smo lahko ponosni, kljub temu da zaenkrat še nimamo raznovrstnih konkretnih rešitev, kako v prihodnosti ustrezno ukrepati in zagotavljati bolj kvalitetno bivanje vsem tistim, ki v starosti potrebujejo pomoč in podporo. Razlogi za to so različni, najdemo pa jih lahko tako v preoblikovanju družinskih struktur kot v samem zakonodajnem sistemu. Vertot (2010: 4) ob tem navaja, da je eden od večjih izgovorov za pozno ukrepanje glede daljšanja starosti in izzivov, ki jih ta prinese, ogrožanje vzdržnosti javnih financ. Finančni dejavniki in zatiskanje oči ter prelaganje oblikovanja strategij za starost pa lahko vodijo tudi do procesa, ki je rdeča nit te naloge.

Po opažanjih dogajanja v praksi, situaciji v družbi in številnih pomanjkljivostih na področju dela s starimi ljudmi, lahko rečemo, da v Sloveniji še nismo najbolje pripravljeni na skokovito rast starejše populacije. Eno od dejstev je, da se delež starih povečuje, delež živorojenih otrok pa zmanjšuje (Vertot 2008: 71). S tem, ko se spreminja delež določenega prebivalstva (starih ali mladih), pa se spreminja tudi odnos do določene skupine. Stari ljudje so, sodeč po zgodbah in pričevanjih iz preteklosti, pogosto prvi, ki so dojeti kot skupina, ki aktivno več ne prispeva k družbeni blaginji, kot breme, ki pretresa državni proračun. Istočasno s tem pa lahko stari ljudje zaradi svoje številčnosti vplivajo tudi na marsikatero odločitev (na primer na volitvah), kar lahko mlajše generacije razumejo kot slabost zase. Ob tem Filipovič Hrast et al. (2014: 70) zaznavajo tudi, da se skrb za stare ljudi včasih ne jemlje več samoumevno, ampak je označena kot nadstandard in nekaj, kar ni obvezno zagotavljati. Currer (2000: 71-73) na tem mestu izpostavi še dejstvo, da je v kulturi, ki visoko vrednoti samostojnost, to lahko resen problem in predstavlja izgubo uglednega družbenega položaja starega človeka.

Žal je navedeno res, saj je mogoče ponekod še danes zaznati ostanke togega sistema, ki je premalo usmerjen na potrebe starih ljudi in na njihovo oskrbo, kar se kaže v pretirani institucionalizaciji in pomanjkanju skupnostnih oblik skrbi (Mali 2012a).

Ljudje smo socialna bitja in bistvo našega življenja je stik z drugimi ter povezanost s skupnostjo. Ko ljudje prestopijo prag institucije, pa zanje pogosto nekako ne pričakujemo več,

da bodo aktivni, da bodo sprejemali nove izzive in na starost uživali življenje. Postopoma jih začnemo odrivati na rob družbe in skupaj z njimi čakamo, da se njihov čas izteče.

Zato se v nadaljevanju med drugim sprašujem, kaj se zgodi s starim človekom, ko življenje v določeni instituciji iz različnih razlogov ni več na seznamu dostopnih opcij za oskrbo starega človeka, potrebne podpore in pomoči pa ne dobi niti v domačem okolju.

Na podlagi takšnih vprašanj in razmišljanja je nastalo sledeče delo, ki zajema raziskovanje področja, kateremu do sedaj še nismo namenjali posebne pozornosti. Med raziskovanjem sem želela pripraviti izhodišče za razglabljanje o usodi oskrbe starih ljudi v Sloveniji, pri čemer sem se dotaknila procesa transinstitucionalizacije, ki opisuje preselitve starih ljudi z dolgotrajnimi stiskami iz ene ustanove v drugo, pri tem pa izpostavila še koncepte, ki jih postavljamo ob njen bok.

S procesom, ki predstavlja izziv za socialno delo, so se ukvarjali strokovnjaki predvsem v tujini in na področju psihiatrije. Kljub temu lahko elemente transinstitucionalizacije zaznamo tudi na področju dela s starimi ljudmi, saj se dotika njihovega bivanja v institucionalnem varstvu, njen vpliv pa lahko opazimo tudi v skupnostnih oblikah oskrbe, nad katerimi ima nadzor institucija. Gre za enega od tistih procesov, ki človeka odrežejo od skupnosti in ga naredijo odvisnega od različnih institucij, služb in posameznikov. Slednje moramo preseči, hkrati pa tudi spremeniti pogled in razmišljanje o starih ljudeh v tej smeri. Pri tem se moramo socialni delavci osredotočiti na mikro, mezo in makro raven ter poiskati rešitve za starega človeka. Ustvariti moramo urejeno, sistematično in spremljajočo podporo in pomoč za stare ljudi ter jih vključevati v odločitve in razprave o njihovem življenju, saj bomo le tako pravočasno zaznali in organizirali učinkovito oskrbo, kakršno potrebujejo.

Z raziskovanjem te teme želim na eni strani prispevati k vpogledu v stanje, ki ga lahko ustvari transinstitucionalizacija, in seznanitvi s tem konceptom, po drugi strani pa želim doprinesti tudi k razvoju socialnega dela, ki bo zares zajemalo vse, ki so tako ali drugače v stiski, ter pripraviti izhodišče za spodbudo k pripravi drugačnih oblik oskrbe, ki se izogiba strogi institucionalizaciji in preselitvam starih ljudi.

Namen te naloge je tako najprej teoretično predstaviti preselitveni proces transinstitucionalizacije v kontekstu z nekaterimi drugimi pojavi, kot so dezinstitutionalizacija, institucionalizacija, reinstitucionalizacija in skupnostna oskrba, ki so z njo tesno povezani, ugotavljanje razmerij med njimi ter prikaz posledic tovrstnih procesov, ki jih lahko nosijo tako stari ljudje kot uporabniki, pa tudi same ustanove in stroka.

V teoretičnem delu se torej dotaknem omenjenega koncepta, razpravljam o njegovih vzrokih, podam možne posledice ter prikažem vlogo socialnega dela.

V empiričnem delu, ki nam razkrije rezultate, razpravo, predloge in celotno pot do njih, pa se osredotočim na transinstitucionalizacijo na področju oskrbe starih ljudi in njen kontekst v slovenskih zavodih s posebnim poudarkom na domovih za stare ljudi. Ker se v življenju srečujemo s številnimi institucijami, ki nas lahko zaznamujejo, in ker se ljudje z dolgotrajnimi stiskami največ selijo (prostovoljno ali prisilno), sem se v raziskovalnem delu osredotočila na skupino starih ljudi, ki jim selitve iz ene institucije v drugo predstavljajo še dodaten stres. Starost je obdobje, ki ne bi smelo biti zaznamovano z neprijetnimi občutki in tegobami, ampak bi jo moralo spremljati dostojanstvo in spokojnost. K temu lahko prispeva vsak, ki se odloči, da bo predstavljal delček mozaika za boljšo, lepšo starost in prihodnost za vse. Vse, kar moramo narediti je, da to odločitev sprejmemo in jo po svojih najboljših močeh poskušamo udejanjiti.

Ob tej priložnosti in na tem mestu bi se rada tudi zahvalila vsem, ki so me med študijem spodbujali in mi nesebično stali ob strani ter mi pomagali. Zahvaljujem se mentorici, izr. prof. dr. Jani Mali, za dane nasvete, za vso pomoč, podporo in usmeritve pri izdelavi magistrske naloge.

Hvala tudi družini in partnerju za spodbudo in za to, da ste verjeli vame in v moj uspeh.

Vsem iskrena hvala!

Kazalo

1. TEORETIČNI UVOD	10
1.1 INSTITUCIONALIZACIJA IN STARI LJUDJE	10
1.2 DEHOSPITALIZACIJA – PREDHODEN ELEMENT DEZINSTITUCIONALIZACIJE	14
1.3 DEZINSTITUCIONALIZACIJA.....	16
1.4 TRANSINSTITUCIONALIZACIJA	24
1.5 DOMOVI ZA STARE LJUDI.....	34
1.6 PRESELITVENI PROCES IN SOCIALNO DELO	39
1.7 TRANSINSTITUCIONALIZACIJA IN DOMSKO VARSTVO	43
1.8 RAZMAH SKUPNOSTNE IN DOLGOTRAJNE OSKRBE KOT REŠITEV ZA TRANSINSTITUCIONALIZACIJO	46
2. PROBLEM.....	51
3. METODOLOGIJA	56
3.1 VRSTA RAZISKAVE	56
3.2 RAZISKOVALNI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV	57
3.3 POPULACIJA IN VZOREC	58
3.4 ZBIRANJE PODATKOV	59
3.5 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV	61
4. REZULTATI.....	64
4.1 INSTITUCIONALNO VARSTVO V DOMOVIH ZA STARE LJUDI.....	64
4.1.1 LASTNOSTI INSTITUCIONALNEGA VARSTVA	64
4.1.2 POTREBA PO INSTITUCIONALNEM VARSTVU.....	66
4.1.3 ODHODI IZ INSTITUCIJ	68
4.1.4 TEŽAVE V INSTITUCIONALNEM VARSTVU.....	69
4.2 REINSTITUCIONALIZACIJA	71
4.3 DEZINSTITUCIONALIZACIJA.....	72
4.4 PRESELITVE STARIH LJUDI	76
4.4.1 SPLOŠNI RAZLOGI ZA MEDINSTITUCIONALNE PRESELITVE STARIH LJUDI	78
4.5 TRANSINSTITUCIONALIZACIJA	79
4.5.1 PRESELITVE, KI POTEKAJO MED DOMOM ZA STARE LJUDI IN PSIHIATRIČNO BOLNIŠNICO	79

4.5.2 PRESELITVE, KI POTEKAJO IZ ENEGA V DRUG DOM ZA STARE LJUDI.	81
4.5.3 PRESELITVE, KI POTEKAJO MED DOMOM ZA STARE LJUDI IN POSEBNIM SOCIALNO VARSTVENIM ZAVODOM	81
4.5.4 ZAVOD ZA PRESTAJANJE KAZNI ZAPORA.....	82
4.6 ODZIV USTANOVE OB PRESELITVI UPORABNIKA	87
4.7 REAKCIJE DOMOV ZA STARE LJUDI NA PRESELITVE.....	88
4.8 POSLEDICE PRESELITVE	89
4.8.1 VPLIV PRESELITVE NA UPORABNIKE.....	89
4.8.2 VPLIV PRESELITVE NA USTANOVO	90
4.9 SPLOŠNO O OSKRBI STARIH LJUDI	91
4.10 UKREPI OB NEMOČI ZAGOTAVLJANJA USTREZNE OSKRBE.....	93
4.11 SODELOVANJE MED ZAVODI.....	94
5. RAZPRAVA	96
6. SKLEPI	111
7. PREDLOGI.....	116
8. LITERATURA.....	120
9. PRILOGE	128

Kazalo grafov

Graf 1: Preselitve starih ljudi	77
---------------------------------------	----

1. TEORETIČNI UVOD

1.1 INSTITUCIONALIZACIJA IN STARI LJUDJE

Po podatkih sodeč je raven institucionalizacije starih ljudi najvišja v državah, ki so označene za bogatejše in imajo visok bruto domači proizvod (Vertot 2010: 32). Slovenijo pa kljub temu, da ne spada v sam vrh najpremožnejših, zasleduje visoka stopnja namestitev starih ljudi v institucije (Mali 2008: 34, Flaker 1998: 61). Po podatkih Rafaelič *et al.* (2012: 215) naj bi bil vsak stoti Slovenec nameščen v ustanovi bolj ali manj zaprtega tipa, številka pa se iz leta v leto zvišuje. Tako naj bi bilo pri nas več kot dvajset tisoč ljudi nastanjenih v psihiatričnih bolnišnicah, splošnih in posebnih socialno varstvenih zavodih, zavodih za usposabljanje, varstveno delovnih centrih, domovih za stare ljudi in njihovih dislociranih enotah in drugih institucijah (Vertot 2007: 23).

Istočasno s povečanjem kapacitet v različnih institucijah pa prihaja do ugotovitev, da lahko institucionalizacija privede do izključevanja in stigmatiziranja ljudi z dolgotrajnimi stiskami (Videmšek 2013: 29). Bolezen, starost, duševne stiske in telesna ali duševna oviranost predstavljajo dolgotrajno stisko, ki je najpogostejši razlog za institucionalizacijo. Tisti, ki takšno stisko doživlja, ima okoli 50 % možnosti, da bo svoje življenje preživel zunaj zaprte ustanove. Revščina, osamljenost ali ekscentričnost ta odstotek še zmanjšujejo (Rafaelič *et al.* 2012: 215).

Institucionalizacija selekcionira populacijo na tiste ljudi, ki lahko ostanejo v skupnosti, in na tiste, ki jih je potrebno iz skupnosti izseliti. Takšno razmišljanje se je v družbi obdržalo še do danes, zato stari ljudje dojemajo institucionalizacijo po večini kot zelo travmatično izkušnjo in imajo do nje odklonilen odnos. Pogosto jim namestitev v določeno ustanovo pomeni predvsem izhod v sili, ki jih iztrga iz okolja, v katerem so živeli vse svoje življenje in zgradili v njem mrežo medosebnih odnosov. V neznanem okolju pogosto, ni pa nujno, občutijo socialno izključenost (Kerbler 2011). Bivanje v instituciji vpliva na ljudi večplastno (Mali 2013: 40). To ima seveda vpliv tudi na kakovost njihovega življenja, s čimer pa se pred letom 1968 strokovnjaki niso pretirano ukvarjali, sploh pa ne v povezavi s starimi ljudmi. V 70. in 80. letih se je to spremenilo, saj se je število raziskav in publikacij, ki so raziskovale kvaliteto življenja tega dela populacije in prikazovale njihove karakteristike in potrebe, povečalo. Z različnimi študijami so ugotavljali zlasti visoko raven osamljenosti, deprivacije in pogoje, ki

predvsem znižujejo kakovost življenja starih ljudi, kar je bilo razvidno iz fizičnega in socialnega raziskovanja okolja, v katerem so ljudje živeli (Bond, Corner 2004: 3-4).

Zaradi segregacije, apatije in zaskrbljenosti (denimo zaradi vse višjih stroškov oskrbe), ki jih institucionalno bivanje povzroča ter posledic le-tega na človekovo osebnost, so zaprte institucije pogosto dobile oznako »totalna ustanova«, kateri se niso izognili niti domovi za stare ljudi. V tej primerjavi so tako pogosto opisani kot prostori, v katerih se združujejo tri osnovne sfere človekovega življenja, in sicer delo, prosti čas in družina. Vse skupaj kontrolira ena sama oblast, ki ta področja povezuje, in organizacija dela, ki temelji na kaznih, privilegijih, dominaciji osebja in ustvarjanju institucionalne identitete posameznika (Bond, Corner 2004: 38-39, Flaker 1998: 7, 29). Flaker *et al.* (2008: 106-107) takšne ustanove označijo za »dominantno napravo za dolgotrajno oskrbo, ki neposredno zajemajo več kot tretjino ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, posredno pa dominirajo vsemu sistemu«.

Razlogi za utrditev takšnih ustanov so različni; najdemo jih predvsem v družbi, kulturi, stroki, politiki in seveda tradiciji (Petek 2009). Na začetku uvajanja institucionalizacije so ljudi, dojete kot breme družbi, preprosto samo zapirali, pozneje so to začeli opravičevati s tem, da gre za razumno dejanje. Zaprt prostor je namreč označeval rob družbe, ki so ga z institucionalizacijo zamejili in pokazali, kje so začrtane meje odprte in zaprte družbe. Za slednjo so se začeli oblikovati tudi skrbstveni poklici, ki predstavljajo velik razlog za obstoj tovrstnih ustanov. Razlogi za to pa so tudi na strani utečenih mehanizmov financiranja, socialne varnosti zaposlenih, interesov lokalne ekonomije, ustaljenih shem strokovnega dela in interesa, da obstajajo tako skupnostne oblike oskrbe kot tudi institucije (Flaker 1998: 86-87, 219).

Življenju v institucijah se v sodobni družbi in moderniziranemu načinu življenja pravzaprav ni enostavno izogniti. To velja predvsem na področju oskrbe starih ljudi, kjer so se razvile tri oblike pomoči, ki jih zagotavlja bodisi javni sektor (centri za socialno delo, domovi za stare ljudi, centri za pomoč na domu, ponudniki drugih javnih storitev), zasebni sektor (socialni servis) ali nevladni sektor, ki združuje prostovoljske organizacije, društva upokojencev, skupine za samopomoč (Hlebec, Mali 2013: 29-30). Razlike med sektorji so minimalne, razlikuje pa jih pravzaprav le način financiranja in pogoji za pridobitev dovoljenj. Med naštetimi ima javni sektor največjo vlogo, s tem pa se krepi tudi stopnja institucionaliziranosti.

Koncepti današnjih institucij kljub obstoječi ponudbi in vsem spremembam še vedno povsem ne ustrezajo potrebam, željam in pričakovanjem starih ljudi, prav tako ne strokam za opravljanje dela, kakršno se od njih pričakuje (Mali 2008: 4). Podatki iz raziskav (Mali 2013) prikazujejo, da se ljudje z izkušnjo institucionalizacije ne želijo vrniti tja, tisti, ki so doma, pa si ne želijo vstopiti v institucijo, kjer vsakdan narekujejo pravila, nestimulativno okolje, rutina in življenje ne poteka po običajnih tirih.

Kot je moč zaznati, so stari ljudje lahko nastanjeni v različnih tipih institucij, kljub temu pa imajo največjo vlogo ravno domovi za stare ljudi. Ti so tudi večinski sprejemalci starih ljudi iz drugih zavodov, hkrati pa so tudi ustanove, ki se soočajo z vse večjim številom izpisov ljudi.

Čeprav domovi niso bolnišnice, niti ni takšna njihova funkcija, jih večinsko spremlja medicinsko okolje (Agich 2003: 45). V začetku prejšnjega stoletja je zato celo med socialnimi delavci vladal odpor do dela s starimi ljudmi, saj so takšno delo ocenili kot nepomembno, nekoristno. Prevladovali so tudi določeni stereotipi o starih ljudeh, znanja o tem področju pa so bila premalo razvita. Z naraščanjem števila starih ljudi pa je tudi zanimanje za delo z njimi narastlo (Mali 2008: 60-61).

Od tedaj se socialno delo vse bolj uveljavlja in želi spremeniti način dela v domovih za stare ljudi, kljub temu pa ima medicina, ki spremlja starost in staranje, še vedno zelo veliko vlogo in ostaja vodilna znanost v skrbi za stare ljudi (Mali 2008: 31). Na osnovi tega so domovi za stare ljudi skupinsko usmerjeni, s tem pa prevzamejo tudi nekatere vidike totalne institucije. Na ta način se odmaknejo od ideje domov, ki jemljejo posameznika kot svoje izhodišče in mu poskušajo dati videz in občutek pravega doma (Atkinson 1998: 23).

Pri institucijah za stare ljudi lahko torej najdemo pozitivne in negativne vidike takšne nastanitve. Pomembno je, da na tovrstne ustanove ne gledamo kot na končno postajo v življenju, ampak kot na možnost, ki jo lahko, ali pa tudi ne, izkoristimo v starosti.

Čeprav je bila ideja o zmanjševanju in ukinjanju klasičnih institucionalnih namestitev precej glasna, so novejši podatki pokazali, da postajamo priče pojavi reinstitucionalizacije.

Ta predstavlja korak nazaj v institucionalizacijo (Becker *et al.* 2008: 46).

Reinstitucionalizacija je pogosto manjše zlo kot premestitev v neko drugo ustanovo, kjer je lahko oskrba bistveno slabša kot v prvotni instituciji, prav tako pa je tudi proces privajanja na novosti v starosti daljši, kar vpliva na sprejemanje sprememb (Pečjak 2007: 82). Stari ljudje, ki zapustijo eno institucijo in pri tem niso na boljšem kot prej, lahko dolgo čakajo, pogosto v

neprimernih bivanjskih razmerah, na oskrbo, kakršno potrebujejo. Če je ne dobijo, pa imajo najpogosteje na voljo dve najbolj predvidljivi možnosti – ali se vrnejo v institucionalno varstvo, kjer so že bili, če je ta možnost seveda še odprta, ali pa životarijo v neživljenjskih razmerah v skupnosti. Kot replika na takšno dogajanje se je pojavila potreba po nasprotnem od institucionalizacije – dezinstitutionalizaciji.

Ljudem, ki živijo v instituciji, je zato treba odpreti možnosti za aktivnejše vloge na vseh področjih njihovega življenja, uvajati drugačne organizacijske pristope, predvsem pa je treba vključiti uporabnike kot dejavne udeležence odločanja. Poleg tega je treba krepite take oblike dela, ki bodo pri naporih za blaginjo uporabnikov združevale različne službe, timsko delo in empatijo (Flego *et al.* 2012: 154). Novljan in Jelenc (2002: 20) pa ob tem naštevata tudi nujnost ohranjanja že pridobljenega znanja, navad in spretnosti, negovanje komunikacije in oživljanje izkušenj kot bistvene naloge za ohranjanje kakovostnega življenja v starosti.

1.2 DEHOSPITALIZACIJA – PREDHODEN ELEMENT DEZINSTITUCIONALIZACIJE

Dehospitalizacijo lahko po eni strani smatramo kot korak ekonomsko motivirane dezinstitutionalizacije ali kot fazo, ki je nastopila pred njo. Gre namreč za proces, ki je usmerjen v krajšanje ležalnih dob in zmanjšanje števila uporabnikov v bolnišnicah na račun antipsihotikov (Sedlar 2002:147), pri čemer pa lahko rečemo tudi, da se predvideva predvsem neinstitutionalna obravnava z več socialne podpore pri okrevanju.

Lamovec (1999: 87) ob tem meni, da imajo zdravila pri dehospitalizaciji res veliko vlogo, obenem pa lahko povzročijo še večjo stigmatizacijo. Švab (2012: 6) se s takšno trditvijo ne strinja, saj piše o tem, da se je omenjeni proces začel predvsem zaradi visokih stroškov institucij, prenapoljenosti bolnišnic, kršitev človekovih pravic in premajhnega kadra, ne pa zaradi uporabe zdravil. Avtorica še poudarja, da je dehospitalizacija mogoča le v natančno načrtovani in politično podprti reformi, ki določi odgovorne nosilce za posamezna področja, med katere uvršča zdravstvene in socialne službe.

Tudi Ramon (1996: 26-27) našteva dogodke, ki so pripomogli k dehospitalizaciji: manj sprejemov v institucije, krajša ležalna doba v institucijah, podatki o uspešnem zdravljenju zunaj institucij, nastanek alternativnih oblik podpore, izkušnje iz tujine (ZDA).

Dehospitalizacija je torej spodbudila nekaj sprememb glede primernejše obravnave ljudi z dolgotrajnimi stiskami, hkrati pa je bilo v sedemdesetih letih moč opaziti tudi novosti in inovacije v socialnem delu. Poleg tega je bilo mogoče zaznati razvoj nevladnega sektorja, sodelovanje in povezovanje različnih služb ter vključevanje uporabnikov in svojcev v proces dela. Z dehospitalizacijo, katero spremlja premik od skupine k posamezniku, so ljudje, predvsem sorodniki z dolgotrajnimi stiskami videli, da ni nemogoče za človeka, ki potrebuje oskrbo, skrbeti v domačem okolju, in da je to zanj celo bolj zdravilno kot bivanje v instituciji. Pomembno pri tem pa je bilo zlasti zavedanje o ustrezni podpori svojcem (Videmšek 2013: 50-51).

Tudi stari ljudje so tisti, ki se soočajo z dolgotrajnimi stiskami in se srečajo s socialnim primerom odvisnosti od oskrbe drugega. Stari ljudje namreč lahko živijo izven bolnišnične ali domače oskrbe ob zavedanju, da problem ne tiči v njihovi zdravstveni (ali drugi) situaciji, temveč v dojetanju oskrbe, (ne)pripravljenosti sorodnikov ali drugih za oskrbovanje ter pomanjkanju ustreznih služb.

Omenimo še to, da se je dehospitalizacija pravzaprav začela kot transinstitucionalizacija, in sicer na Norveškem, v zgodnjih sedemdesetih letih, ko skupnostna oskrba še ni bila razvita. Službe, usmerjene v pomoč ljudem s težavami v duševnem zdravju, so bile še vedno izključno usmerjene v institucionalizacijo. V letu 1980 je skrb za ljudi s težavami v duševnem zdravju in s težavami v duševnem razvoju postopoma začela prevzemati skupnost, kar je predstavljalo novo obdobje pri skrbi za osebe s tovrstnimi težavami (Pederson, Kolstad 2009).

Dehospitalizacija je bila torej izvajana na način, ki je spodbujal preselitve uporabnikov iz večjih ustanov v druge zavode, ki pa so bili ponavadi na podeželju (npr. domovi za stare) ali v ustanove, ki so bile prvotno grajene za drugačen namen (npr. za zdravljenje tuberkuloze) (Pederson, Kolstad 2009). V druge zavode so bili nameščeni brez vnaprejšnje priprave in nadaljevanja zdravljenja v skupnosti. Selitev, prepoznana kot ena izmed najbolj stresnih dogodkov v človeškem življenju, je tako vplivala na vse nižjo kakovost življenja preseljenih ljudi. Selitve v starosti pa so za človeka še bolj občutljive (Clough *et al.* 2004: 45).

Kljub temu, da dehospitalizacijsko politiko pogosto enačimo z dezinstitutionalizacijskim gibanjem, pa slednja vsebuje nekaj več kot dehospitalizacija. Od nje jo razlikujejo preobraženi odnosi med strokovnjaki in uporabniki, razumevanje stiske uporabnikov in spodbujanje krepite njihove moči (Flaker 2012: 13).

Dezinstitutionalizacija, o kateri bo govora v nadaljevanju, torej ni usmerjena zgolj v prizadevanje za vključevanje čim večjega števila ljudi iz ustanov v skupnostno oskrbo v njihovem domačem okolju – to je le zadnji, a najpomembnejši korak v procesu.

Dezinstitutionalizacija je v prvi vrsti redefiniranje klasičnih vlog strokovnjaka in bolnika ter sprememba odnosov med uporabniki, zaposlenimi v ustanovah in drugimi akterji v družbi (Flego *et al.* 2012: 153).

1.3 DEZINSTITUCIONALIZACIJA

Kljub dolgi tradiciji institucionalizacije, ki se vztrajno nadaljuje, smo prišli do ugotovitve, da se ljudje v zaporih redko poboljšajo, in da psihiatrične bolnišnice ne zdravijo, temveč so njihove posledice pogosto obratne od želenih in prinesejo socialno omrtvičenje, nezainteresiranost posameznika in radikalen umik človeka vase. Zapiranje (če ni zares ustrezno utemeljeno - na primer zaporna kazen za najhujša kriminalna dejanja) je še toliko bolj sporno zaradi zavedanja, da obstajajo drugi, boljši načini, ki ljudem pomagajo brez izločanja iz skupnosti. Tudi tisti, ki potrebujejo največjo podporo, lahko s skrbno organizirano pomočjo živijo med drugimi.

Gibanje dezinstitutionalizacije, ki se je sramežljivo začelo tudi pri nas, predvsem z ustanavljanjem stanovanjskih skupin, delovanjem nevladnih organizacij, poskusom neposrednega financiranja in spremembo zakonodaje (priprava Zakona o dolgotrajni oskrbi), pa je zapisano tudi v mednarodnih in nacionalnih dokumentih ter deklaracijah (Rafaelič *et al.* 2012: 215).

S procesom dezinstitutionalizacije se počasi preoblikujejo tudi storitve in službe, predvsem zaradi spoznanja negativnih posledic za ljudi z dolgotrajnimi stiskami. Spremembe storitev v zadnjih šestdesetih letih, med njimi tudi odprava prisilnih varovalnih ukrepov, kar je pomemben del dezinstitutionalizacije, so nastajale pod vplivom organizacijskih sprememb, razvoja strokovnega znanja, politično-upravnega posredovanja in večjega ozaveščanja o človekovih pravicah (Flego *et al.* 2012: 155).

Kot smo že omenjali v prejšnjem poglavju, se je v 30. letih razmahnila institucionalizacija služb, od 80. let pa poteka obraten proces dezinstitutionalizacije, s tem pa tudi razvoj skupnostnih služb (Videmšek 2013: 52).

Dezinstitutionalizacijo si lahko razlagamo kot gibanje za odpravo velikih represivnih ustanov in družbeni premik v skupnost ter zmanjševanje bolnišničnih kapacitet in časa preživetega tam (Flaker 1998: 157). Left (1997: 23) pojem dezinstitutionalizacije opisuje kot nadomeščanje dolgotrajnih oblik zdravljenja v bolnišnicah z manj izoliranimi in alternativnimi skupnostnimi oblikami, ki ljudi podpirajo. Rus (1990: 321) pa dezinstitutionalizacijo definira kot proces, ki ureja razmerja med političnim sistemom in družbenimi službami.

Dezinstitucionalizacija pa ni zgolj proces, ki promovira ukinjanje institucij, ampak spodbuja tudi ustanavljanje služb, ki te institucije nadomestijo (Videmšek 2013: 53). Prav tako ni zgolj sprememba v organizaciji, ampak je tudi sprememba vrednot (Flaker *et al.* 2008: 20). Ljudje se namreč vse bolj zavedajo, da imajo pravico do življenja v skupnosti, do odločanja in participacije ne glede na vrsto svoje ranljivosti.

Dezinstitucionalizacija lahko poteka na različnih področjih v različnem tempu in na različne načine. Ponekod, na primer v institucijah, kot so domovi za stare ljudi, do nje še ni prišlo, oziroma je dezinstitucionalizacija tam v začetni fazi (Flaker 2012: 25). Neposredni namen takšnih ustanov namreč ni spodbujanje dezinstitucionalizacije, čeprav začenjajo ubirati vse bolj antiinstitucionalne pristope (Flaker 2012: 19).

To gibanje, začeto v sedemdesetih letih, kateremu sledi zadnja desetletja vse več držav, res pomeni manj postelj, ki so na voljo za hospitalizacijo, ne pomeni pa tudi manj ljudi, ki potrebujejo pomoč in podporo in so nastanjeni v bolnišnicah, domovih za stare ljudi, psihiatričnih bolnišnicah, negovalnih bolnišnicah, posebnih zavodih. Ta proces, ki ga lahko razumemo kot krčenje tradicionalnega institucionalnega okolja, lahko poteka po treh korakih, in sicer: 1. premik od odvisnosti od institucij, 2. transinstitucionalizacija, 3. rast storitev v skupnosti (Pedersen, Kolstad 2009). Čeprav procesi in vzorci sprememb variirajo med državami, vseeno obstaja neka enotna smer razvoja, ki sledi premiku od obsežne institucionalizacije v promoviranje skupnostne oskrbe, od dolge dobe bivanja v zavodih do krajšanja le-te in od odvzema prostosti k aktivnim oblikam zdravljenja v domačem okolju.

Razlogi za dezinstitucionalizacijo so številni in različni. Prvotno jo je spodbudila vojna, sicer pa so pobude zanjo nastale znotraj samih institucij zaradi prostorske stiske. Najbolj je izpostavljena ravno na področju socialne politike. Vzroki zanjo so povezani zlasti s sociološkimi, finančnimi, farmakološkimi, upravnimi in pravnimi spremembami. Razlogi stojijo tudi na strani kritik totalnih ustanov, razvoju države blaginje, zmanjševanju socialnih sredstev v času ekonomske krize, spodbujanju strokovnjakov za skupnostno oskrbo in večjem poudarku na krepitvi moči uporabnikov (Pedersen, Kolstad 2009).

Zagotovo pa je na dezinstitucionalizacijo vplivala zakonodaja, v Sloveniji zlasti Zakon o socialnem varstvu (ZSV 2007), Nacionalni program socialnega varstva do 2005 (NPSV 2000), Nacionalni program zdravstvenega varstva do 2004 (NPZV 2004), ki je pripomogel k zmanjšanju bolnišničnih postelj, Resolucija nacionalnega programa socialnega varstva za obdobje 2006 - 2010 (ReNPSV06-10 2006), ki je izboljšala dostop do storitev in programov,

in seveda Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr 2008). Veliko vlogo pri tem ima tudi predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi, ki pa je stvar pogajanj že dolga leta. Pomembno pri vsem tem je, da država promovira enake možnosti za vse in nediskriminacijsko prakso, kar ljudi med seboj najbolj poveže.

Neposredno povezavo dezinstitutionalizacije lahko zaznamo z dolgotrajno oskrbo, katere ideje ne bodo pognale tam, kamor niso padla semena gibanja dezinstitutionalizacije (Mali 2013: 18).

V Sloveniji lahko slednjo razdelimo na tri obdobja (Videmšek 2012: 54):

1. Dezinstitutionalizacija, ki jo zagotavljajo zavodi (1978 - 1992)
2. Dezinstitutionalizacija, ki jo zagotavljajo nevladne organizacije (1992 - 2000)
3. Dezinstitutionalizacija, ki jo zagotavljajo nevladne organizacije in zavodi (2000 naprej).

Flaker (2012) temu dodaja še sistemsko fazo dezinstitutionalizacije, ki bi morala vsebovati nacionalni program dezinstitutionalizacije, omogočiti pravne okvire, ki bi spodbujali premik v skupnost, in organizacijskega akterja, ki bi proces usmerjal in usklajeval.

Dezinstitutionalizacija pa ne prinese le sprememb organizacijske narave, temveč spodbudi tudi spremembe na vseh drugih ravneh delovanja. Na področju dela s starimi ljudmi lahko na mikro ravni krepi zavedanje starih ljudi, da imajo pravico do življenja v skupnosti z drugimi ljudmi, da so vključeni v družbene tokove, da se sami odločajo o svojem življenju, ne glede na to, ali so bolni, šibki, vitalni, aktivni. Na mezo ravni prikaže neformalno oskrbo kot alternativo formalni pomoči in spodbuja oblikovanje novih oblik skupnostne oskrbe. Pri tem moramo biti pozorni na pasti, ki se ob tem lahko pojavijo v obliki neusklajenih načrtov domov s socialnopolitično usmeritvijo ali skupnostno oskrbo kot pripravo na vstop v dom. Na makro ravni dezinstitutionalizacija ustvarja potrebo po razvoju individualnega varstva za starejše ljudi. Individualizacija skrbi vodi do prestrukturiranja velikih ustanov za množično oskrbo in razvoj novih delovnih metod, vključno z novimi metodami za socialno delo, kakor tudi novih vrst oskrbe v skupnosti in spremembo zakonodaje (Mali 2012b: 66).

Najradikalnejša sprememba, ki jo omenja Flaker (1998: 159) na tem področju in je imela vpliv tudi na razmah dezinstitutionalizacije pri nas, je verjetno italijanski zakon 180, ki je leta 1978 podal zahtevo o zaprtju italijanske psihiatrične bolnišnice do leta 1980, ob tem pa

prepovedal zidavo novih, uzakonil širitev centrov za duševno zdravje v skupnosti ter omejil prisilno zdravljenje.

Sicer pa ima dezinstucionalizacija korenine na ozemlju Slovenije, zlasti na področju dela z ljudmi s težavami v duševnem zdravju ter na področju dela z mladimi. Eksperiment v Logatcu, ki se je loteval vzpostavitve drugačnih vzgojnih stilov v deškem prevzgjajališču, je dobil Kidričevo nagrado zaradi svojega prispevka k razvoju strok in dezinstucionalizacije. Temu primeru oziroma inkubacijski fazi dezinstucionalizacije so sledili ali se iz njega učili tudi številni drugi, ki so delovali na tem področju, saj je omogočil drugačen pogled na zavodsko varstvo. Z gibanjem, nastrojenim proti izključevanju institucionaliziranih, so nadaljevali tudi na Rakitni in prikazovali kritiko avtoritarnih odnosov ter demonstrirali drugačne pristope, tabore, prostovoljstvo in možnosti za delovanje zunaj ustanov. Na področju psihiatrije se je dezinstucionalizacija začela z izpraznitvijo enote za kronične bolnike na Poljanskem nasipu. Namesto nje so ustanovili Odbor za družbeno zaščito norosti 1988, Center za mentalno zdravje, ki je naznanjal modernizacijo, usmerjeno v psihoterapijo, in začeli z ustanavljanjem stanovanjskih skupin. Hkrati s tem pa so se začeli tudi apetiti po novem znanju in novih službah (Flaker 2012: 14-20). Do takrat osvojena tovrstna znanja pa bi morali tedaj postopoma izkoristiti tudi na področju dela s starimi ljudmi in začeti razmišljati o dezinstucionalizaciji tudi tam.

Namesto tega pa je prišlo do zastoja, in to ravno takrat, ko bi morali narediti korak naprej, ko bi morali posamezniki izstopiti tudi iz stanovanjskih skupin. Vanje se še vedno naseljuje kar 55 % ljudi iz skupnosti, čeprav prvotna ideja govori o tem, da se vanje naselijo v prvi vrsti ljudje iz institucij (Videmšek 2013: 209). Nadaljnji razmah dezinstucionalizacije se je ustavil takrat, ko bi morali najti nove načine kvalitetnega bivanja v skupnosti, odgovoriti na demenco, zasvojenost, nasilje, itd. Namesto tega se je dezinstucionalizacija preusmerila. Razlog za to je tičal v tem, da so bili takratni aktivisti z doseženimi rezultati zadovoljni, da je začetno navdušenje pojenjalo, hkrati pa so želeli obdržati določeno mero moči nad uporabniki. Vzroki pa so bili tudi strukturni - pomanjkanje stanovanj, financ, pravne ureditve (Flaker 2012: 23).

Moramo pa vedeti še nekaj. Upravljanje institucij, v katerih so nastanjeni ljudje z dolgotrajnimi stiskami, ni lahka naloga in vsak temu ni kos. Zahteva namreč tako fizične kot psihološke rešitve za odpravljanje problemov. Prav tako pa tudi obvladovanje in oblikovanje služb v skupnosti ni enostavna naloga, saj je za to potreben jasen načrt.

Načrti glede institucij in oskrbe ljudi z dolgotrajnimi stiskami so različni. Danes številne vlade po vsem svetu predvsem režejo porabo v socialnih sektorjih. Ta kratkoviden pristop vodi zgolj v poslabšanje situacije v prihodnosti. Vlade bi zato morale spodbujati ustvarjanje novih možnosti oskrbe in dodatne dejavnosti, ki ustvarjajo in usposablajo delovno silo, ter težiti k temu, da so tudi ljudje z dolgotrajnimi stiskami del naše družbe. To pa lahko dosežejo, kot opisuje Mali (2013: 136-137), le s skrbno načrtovanimi preselitvami in razvojem raznih oblik dolgotrajnega bivanja (trajnih ali začasnih), npr.: z ustanavljanjem stanovanjskih skupin, spodbujanjem rejništva za stare ljudi, omogočanjem samostojnega življenja v skupnosti, z oskrbovanimi stanovanji, sprejemališči, penzioni, skupnimi gospodinjstvi, stanovanji s podporo, oskrbnimi vasm, kriznimi centri, pribežališči, začasnimi namestitvami. In kot dodaja Flaker (1998: 252), mora biti vse to usmerjeno proti privatizaciji, standardizaciji in izolaciji posameznikov ter mora ustvarjati nove prostore in drugačne možnosti kolektivnosti.

Kot je moč razbrati, dezinstitutionalizacija ni popoln niti enostaven proces, temveč je zelo kompleksen in prinese s seboj marsikatero spremembo za družbo. Lahko pripelje celo do novih oblik izključevanja, stisk, zanemarjanja, in služi kot opravičilo za opuščanje skrbi oziroma pomoči. Vse to se lahko nadaljuje oziroma sproži proces, ki ga imenujemo transinstitutionalizacija.

V kolikor dezinstitutionalizacijo povežemo z ekonomijo in politiko, lahko ugotovimo, da je velik interes glede zapiranja ustanov prihranek države in proračunske omejitve. Tudi Švab (2012: 6) je mnenja, da se je ta proces začel v prvi vrsti zaradi visokih stroškov institucij. V povezavi z zmanjševanjem javne porabe v institucijah je kalifornijski guverner Reagan (1967 - 1975) razmišljal o rešitvi tega problema z dvema trikoma, pri čemer se je uprl na znižanje proračunskih izdatkov predvsem za psihiatrične bolnišnice. Lokalne oblasti je spodbudil, da ljudi niso pošiljale v bolnišnice, s tem da jim je ponudil 15 % stimulacijo dnevne oskrbe v bolnišnici za posameznika, ki ga niso sprejele. Drugi trik pa je bil zapleten postopek prisilnih sprejemov. Največ je tako prihranil z odpuščanjem kronično bolnih, ki jih je preselil v oskrbne domove – zasebne negovalne ustanove (board and care homes), ki so jih uredili v opuščenih hotelih, zapuščenih stavbah, garažah, barakah. Kvaliteta življenja je bila tam seveda dosti slabša kot v bolnišnicah, poleg tega pa so bili ljudje tam zapuščeni, neoskrbovani in celo privezani. Letni dobički so bili na ta račun višji tudi za 500 % . Podobno se je dogajalo tudi v New Jerseyju in New Yorku, kjer ob selitvah v skupnost odpuščenim niso zagotovili ustrezne oskrbe (Sommer, Osmond 1981: 193-196, Koyanagi, Bazelon 2007: 8).

Očitno je takšna neposrečena dezinstitutionalizacija ekonomsko motivirana in jo zato lahko označimo za transinstitutionalizacijo, ki predstavlja prenos bolnikov iz dragih bolnišnic v cenejše oblike oskrbe. Za tem lahko stojijo tako interesi države kot dobičkonosna motiviranost svojcev človeka z dolgotrajno stisko. Takšna transinstitutionalizacijska oskrba vsebuje po mnenju Flakerja (1998: 176-177) tudi elemente evtanazije, kar je razvidno iz odnosa do uporabnikov in splošnega učinka. Prisilna selitev v institucijo, kjer je kvaliteta življenja slabša kot v prejšnji instituciji, namreč vpliva na hitro poslabšanje posameznikovega zdravstvenega stanja. Ob nenadnem poslabšanju posameznikovega počutja je treba kritično analizirati tako osebni kot tudi družbeni okvir.

Tudi v Kaliforniji so takšno strategijo dezinstitutionalizacije označili kot transinstitutionalizacijo, pri kateri je šlo predvsem za prenos skrbi za ljudi s težavami v duševnem razvoju in ljudi s težavami v duševnem zdravju iz bolnišnic, ki so bile precej dražje, v druge, cenejše in posledično manj kvalitetne oblike oskrbe. Pogosto so premeščali tudi stare ljudi z demenco iz psihiatričnih bolnišnic ali posebnih zavodov v domove in obratno, ali pa kronično bolne stare ljudi iz bolnišnic v domove, kjer so počasi umirali (Sommer, Osmond 1981).

Transinstitutionalizacijo so prepoznali tudi v preselitvah iz psihiatričnih bolnišnic v domove za stare ljudi, katere so označili za bolj humane ustanove. Kljub temu je tudi za tem stala motivacija po zmanjšanju stroškov, ki jih je država imela zaradi ljudi s težavami v duševnem zdravju. Do leta 1977 je ta strošek v ZDA znašal dva milijona dolarjev. Počasi pa se je znesek zniževal, saj je bilo v naslednjih treh letih v domove za stare ljudi preseljenih 750 000 ljudi s težjimi težavami v duševnem zdravju, kar je predstavljalo 44 % celotne populacije v domovih. Oblikovalci politik so tudi preko idej dezinstitutionalizacije nameravali predvsem privarčevati, kar so z zapiranjem večjih institucij zagotovo dosegli. Kljub temu pa so rezultati glede tega, ali je skupnostna oskrba zares cenejša od institucionalne, mešani. Selitev v skupnost lahko namreč povzroči premik stroškov na druge proračune, pri čemer to vedno ne koristi davkoplačevalcem (Koyanagi, Bazelon 2007: 10).

Oklahoma je na primer prav tako doživljala fenomen, kateremu so bile druge države priče več kot dve desetletji. Situacija je bila takšna, da se je v zaporih zviševalo število oseb s težavami v duševnem zdravju. V zadnjih dveh desetletjih so se državne bolnišnice za duševno zdravje v Oklahomi namreč zapirale zaradi namena izkoriščanja novo razvitih in manj dragih zdravil, ki bi omogočila osebam s težavami v duševnem zdravju življenje v skupnosti. Na žalost pa viri

in načrtovanje potreb ter praksa niso šli z roko v roki. Posledično so se zato mnogi posamezniki s težavami v duševnem zdravju znašli v nasprotju z zakonom. Tako so ječe in zapori v Oklahomi postopoma postali glavni izvajalci obravnave duševnega zdravja (Kohan 2015).

Izkušnje nemških reformnih procesov psihiatričnih bolnišnic ravno tako pričajo o tem, da je odpravljanje institucionalnih kapacitet opazno dvignilo cenejše življenjske oblike. K temu spadajo tudi številne neuspešne namestitve v splošne bolnišnice, zasebne ambulante, psihosomatske klinike, domove za stare ljudi. Kot primer lahko navedemo Nemčijo, kjer se je od leta 1975 število postelj v psihosomatskih ambulantah povečalo iz 1000 na 14000, kar je skoraj 80 % celotne svetovne populacije te kategorije postelj. Pomembno za razumevanje transinstitucionalizacije in populacijskih indikatorjev oskrbe je, da se ob opisu dezinstitutionalizacije velikokrat pozabi na to, kje bodo po njej uporabniki dejansko oskrbovani. Sočasno s preselitvijo se je ponekod morda res privarčevalo, ampak predvsem na račun zmanjševanja števila zaposlenih in plač ter prelaganja stroškov na druge prevzemnike, kar je vplivalo na kvaliteto pomoči. Istočasno pa je na drugi strani narastlo povpraševanje po pomoči na domu in objektih rehabilitacije, kar je povzročilo višje izdatke. Kvaliteta individualne oskrbe in dragih programov v ustanovah je narastla in s tem povzročila visoke stroške neposrednim uporabnikom. Torej je domneva, da transinstitucionalizacija v celotnem sistemu dejansko lahko privarčuje, bolj ali manj vprašljiva (Becker *et al.* 2008: 47-48).

Dezinstitutionalizacija, ki se je končala kot transinstitucionalizacija, je torej najbolj očitna predvsem na področju duševnega zdravja. Umetnost prenosa psihiatričnega zdravljenja pa lahko zaznamo tudi na drugih področjih, na primer na področju dela s starimi ljudmi. Teh se zdravljenje psihiatričnih bolezni posredno dotika zaradi demence in posledične preselitve v druge ustanove zaradi ustvarjanja prostora za tiste posameznike s težavami v duševnem zdravju, za katere strokovnjaki menijo, da ga bolj potrebujejo. Prav tako pa se je prenesel iz psihiatrije tudi odnos moči med strokovnjakom in pacientom.

Kar je bilo torej videti kot dezinstitutionalizacija, je bil v resnici preselitveni proces, ki pa nikakor ni ustrezal sodobnim idejam gibanja selitve v skupnost (Pedersen, Kolstad 2009). V teku dezinstitutionalizacije je bilo posameznikom obljubljen življenje v njihovih domovih v skupnosti, v praksi pa so le-ti s poteptanimi sanjami končali v drugih institucijah. Politika dezinstitutionalizacije, ki je izvedena nepravilno in deluje kot zgrešen projektil, na eni strani res povzroči ukinjanje velikih bolnišnic, v realnosti pa lahko ustvari maso nemočnih

uporabnikov, ki pristanejo na ulicah, prosijo miloščino, se zatekajo v zavetišča, trpijo nasilje ali pešajo v svojih domovih. Povečanje števila svetovnega prebivalstva mogoče navidezno zahteva sorazmerno povečevanje določenih institucij, vendar je potrebno našo miselnost preusmeriti in ukrepati glede skromne izkoriščenosti skupnostne oskrbe. Ta še vedno ni razvita do te mere, da bi vsem zagotavljala uresničevanje potreb.

1.4 TRANSINSTITUCIONALIZACIJA

Dezinstitucionalizacija je spodbudila govor in razmišljanje v smeri prestrukturiranja oskrbe za ljudi z dolgotrajnimi stiskami, med katere štejemo tudi stare ljudi. V zadnjih desetletjih so bile predvsem storitve za ljudi s težavami v duševnem zdravju ali ljudi s težavami v duševnem razvoju zaznamovane z iskanjem novih oblik bivanja in prerazporejanjem uporabnikov v različne socialne ustanove. Zmanjševanje kapacitet, zlasti v psihiatričnih bolnišnicah, je potekalo po korakih in se na nekem mestu preprosto ustavilo. Medtem je zakonodaja variirala v svojem lastnem tempu in slogu, ne ozirajoč se na to, kaj se z ljudmi z dolgotrajnimi stiskami dogaja. Za nekatere skupine ljudi, denimo ljudi z duševnimi stiskami ali hendikepirane, so se oblikovali ukrepi za njihovo kvalitetnejše in lažje bivanje v skupnosti. Za populacijo starih ljudi, ki vztrajno narašča in čemur se nihče ne bo mogel izogniti, pa še razvijamo oblike oskrbe, ki bi zadovoljile potrebe te skupine ljudi.

Trenutno smo v položaju, ko se zavedamo hitrega naraščanja starega dela populacije in iščemo rešitve za njihovo kvalitetno starost, hkrati pa tudi možnosti, ki države ne bi obremenile preko njenih zmožnosti. Eno izmed nekonstruktivnih rešitev v njihovem iskanju lahko označimo kot transinstitucionalizacijo ali preselitveni prehod iz ene institucije v drugo. Pri tem menim, da so dezinstytucionalizacijska gibanja, ki so se izjalovila, preusmerila prostore oskrbe in privedla tudi do posledic, kot so reinstitucionalizacija, brezdomstvo, revščina, alkoholizem in kriminalne vpletenosti.

Ta proces najbolj prizadene stare ljudi, ki so preseljeni iz psihiatričnih bolnišnic, zaporov, posebnih zavodov in drugih ustanov v domove za stare ljudi ali obratno. Omenimo pa lahko tudi t.i. fiktivne preselitve (Rafaelič 2015), ki jih izvajajo zavodi, in opisujejo preselitve ljudi v bivalne enote, ki se nahajajo na isti lokaciji kot sam zavod.

Koncept transinstitucionalizacije je bil razvit v letu 1950. Prvotni namen je bil opisati preselitve ljudi s težavami v duševnem zdravju in ljudi s težavami v duševnem razvoju v različne socialne ustanove (Simmons 1990, Stravis 2000). Skupine ljudi, ki so bile odpuščene iz psihiatričnih bolnišnic ali pa niso zadostile pogojem hospitalizacije, so se zaradi pomanjkanja pomoči pogosto znašle v zaporih, domovih za stare ljudi ali pa na ulicah (Sheth 2005). Leta 1958 je bilo tako pri nas med stanovalci domov za stare ljudi zabeleženih 24,6 % oseb s težavami v duševnem zdravju in oseb s težavami v duševnem razvoju, leta 1964 pa že 42,2 % (Accetto 1968: 49).

Knowles (2000) na tak način preseljene ljudi imenuje sistemski nomadi, s čimer prikaže selitve ljudi, ki hodijo skozi vrtljiva vrata dezinstitutionalizacije in se borijo za vključenost v skupnost.

Transinstitutionalizacija je namreč tesno povezana z dezinstitutionalizacijo, med katero so se zapirale predvsem ustanove, kot so psihiatrične bolnišnice. Ob tem je razmišljanje o ustrezni in potrebni pomoči odpuščenim uporabnikom obviselo v zraku. Ti so tako ostali prepuščeni samim sebi, brez stanovanj in sredstev za preživljanje ter dostopa do storitev, ki bi jim omogočale kvalitetnejše življenje (Marshall 1982).

Hkrati pa je ta proces vplival tudi na ustvarjanje strokovnjakov in služb, ki so in še vedno raziskujejo, kako država blaginje in njene odločitve vplivajo na življenje ljudi z dolgotrajnimi ovirami in stiskami. Ti strokovnjaki kažejo predvsem na posledice institucionalizacije in na zapuščino le-te.

Konrad (2002) našteva razloge za pojav transinstitutionalizacije, kot so neustrezni viri v skupnosti za podporo in pomoč ljudem, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, premalo postelj v bolnišnicah, neodzivnost na zdravljenje, socialna stiska, včasih tudi prekratka nastanitev v instituciji za stabilizacijo stanja.

Naštetim razlogom lahko dodamo tudi pomanjkanje znanja strokovnjakov in pomanjkanje programov v skupnosti za ljudi v stiskah ter pomanjkanje stanovanj. O slednjem pišejo tudi Flaker *et al.* (2008: 115), ki so mnenja, da je namestitev v bolnišnico ali socialni zavod pogosta praksa ob stanovanjski stiski, saj ljudje z dolgotrajnimi stiskami ob odpustu nimajo lastnega stanovanja. Zaradi pomanjkanja zatočišča in bivanja v neživljenjskih razmerah pa lahko pogosto postanejo tudi žrtve nasilja in izobčeni s strani okolice.

Začetki transinstitutionalizacije segajo v leto 1963, ko je ameriški predsednik John F. Kennedy predstavil prvi zakon, ki je delegiral Narodnemu Inštitutu za duševno zdravje upravljanje centrov za duševno zdravje za tiste, ki so bili odpuščeni iz državnih psihiatričnih bolnišnic. S tem zakonom je vlada napovedala ustanavljanje skupnostnih oblik oskrbe, ki naj bi nadomestile bolnišnično oskrbo. V večini zahodnih držav so sledili tem idejam in v 60. letih sprejeli podobno zakonodajo. Poudarek centrov za duševno zdravje je bil predvsem zagotavljanje psihoterapevtskih seans za tiste, ki so trpeli zaradi resnih akutnih in ne zgolj blagih duševnih motenj. V praksi ni bilo sklenjenih nobenih dogovorov glede tega, kaj se bo zgodilo z aktivnimi in hudo bolnimi ljudmi, ki so bili odpuščeni iz bolnišnic. Mnogi izmed njih so namreč drseli v brezdomstvo ali končali v zaporih. Študije, ki so

transinstitucionalizacijo raziskovale, so diagnosticirale tudi do 33 % brezdomne populacije in 14 % zapornikov z duševno boleznijo na račun dezinstitutionalizacije. Začetek dezinstitutionalizacije lahko tako označimo tudi za začetek transinstitucionalizacije (Psychiatry 2013, Flaker 1998: 157-158).

Zametki transinstitucionalizacije so se torej začeli v prvi vrsti v psihiatričnih bolnišnicah in se od tu širili na druge ustanove podobnega idejnega tipa. Ljudje s potrebo po dolgotrajni oskrbi so tako postali potencialne tarče za preselitve iz ene ustanove v drugo. Iz tega je razvidno, da o svojem življenju ne morajo odločati sami. Nemalokrat imajo posamezniki zgolj kakšno težavo, s katero se strokovnjaki ne znajo spopasti, ali pa ne vedo, kako bi ob tem ukrepali. Zato osebo namestijo v najbližjo ustanovo, ki se jim zdi smiselna, npr.: stare ljudi iz bolnišnic v dom, iz posebnih zavodov v dom, iz doma v stanovanjsko skupino, ipd.

Flaker et al. (2008: 339) vidijo to kot fenomen kukavičjega jajca, ki si ga različne službe med seboj podajajo. To pa lahko poteka kot linearno temporalna razsežnost (službe si podajajo uporabnika v časovnem sosledju) ali pa kot radikalno specialna razsežnost (službe si podajajo uporabnika - jajce v prostoru, ki ga različne službe oblikujejo okoli posameznika).

Pri transinstitucionalizaciji se je pokazala tudi spreminjajoča se delitev dela znotraj služb za delo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju in razvoju. V ustanovah naj bi tako potekalo bolj aktivno zdravljenje, dolgotrajna oskrba pa naj bi bila pod okriljem manjših ustanov (Psychiatry 2013). Tak način dela se ne bi smel šteti za korak v smeri dezinstitutionalizacije ali korak k storitvam, ki jih nudi skupnost, predvsem, kadar gre pri oskrbi v manjših ustanovah za enako organizacijo kot v večjih zavodih ali celo za nadzor dislociranih enot s strani neke institucije.

V Sloveniji se s transinstitucionalizacijo še nismo resno ukvarjali. Je pa kljub temu že Accetto (1968: 44-46) ugotavljal, da se je v Jugoslaviji potreba po dodatnih posteljah v domovih za stare ljudi kazala v velikem številu kronično bolnih ljudi v bolnišnicah, ki so jih morali nekam premestiti. Če se ob tem naslonimo na izsledke iz tujine, ugotovimo, da so npr. v Angliji, ZR Nemčiji, na Švedskem in Češkoslovaškem po drugi svetovni vojni sprejemali v domove le zdrave stare ljudi. Imeli so tudi organiziran program preselitev starih ljudi v domove z intenzivno nego (nursing homes). Zaradi vse večjega števila kronično bolnih pa preselitve sčasoma niso bile več mogoče. Tako je prišlo do uvajanja zdravstvene nege stanovalcev v domovih za stare ljudi (Accetto 1968: 44-46).

Ena od raziskav pri nas pokaže, da je Slovenija svojevrsten primer preseljevanja ljudi iz institucij, saj se je razvoj le-tega začel že v času socializma, ko je bilo za institucionalno varstvo dobro poskrbljeno. Preseljevanje ljudi iz institucij, predvsem v skupnostne oblike, lahko razdelimo na tri ravni (Videmšek 2013: 12):

1. Reorganizacija zavodov. Z reorganizacijo želi neka ustanova pogosto izbrisati pečat, ki se je je držal dolga leta, npr. pečat totalne ustanove. Ta oznaka za današnje domove za stare ljudi ni več ustrezna, čeprav je mogoče zaznati določene sledi le-teh, a ne v bistvenih vidikih delovanja institucije. Heinzelmann (2004: 233) je zato predlagal izraz »psevdo totalne ustanove«, ki prikazuje elemente totalnih ustanov, kot so pomanjkanje zasebnosti, načrtovan dnevni red in hierarhična organizacija zaposlenih. Kljub spremenjeni podobi pa ostaja bistvo institucionalizacije še vedno isto.

Omeniti je potrebno, da se reorganizacija oziroma modernizacija slovenske psihiatrije, ki je temeljila na ideji socialne psihiatrije, v 70. letih ni izvedla na račun dehospitalizacije ali novih skupnostnih oblik, temveč na račun transinstitucionalizacije. V ta namen so izpraznili enoto za kronične bolnike na Poljanskem nasipu in v njej ustanovili Center za mentalno zdravje, ki je oznanjal spremembe v psihiatriji in tudi v socialnem varstvu. S takšnim načinom pa se je psihiatriji uspelo predvsem izogniti uvedbi skupnostnega modela oskrbe (Videmšek 2013: 52).

2. Razvoj nevladnega sektorja.

3. Sodelovanje nevladnega sektorja z zavodi.

Kot vejo transinstitucionalizacije bi označila tudi preoblikovanje domov za stare ljudi, zlasti glede skrbi za ljudi z demenco. Demenco opisujeta Novljan in Jelenc (2002: 31) kot pridobljeno stanje, ki ni posledica običajnega procesa staranja, ampak je degenerativna možganska bolezen, opazna pri starih ljudeh zlasti v intelektualnem delovanju, osebnosti in komunikaciji.

Danes ima že skoraj polovica ljudi starejših od 85 let demenco. Zaradi staranja prebivalstva pa lahko pričakujemo, da bo stopnja bolezni še naraščala. Ob tem pa v skupnosti močno primanjkuje oblik pomoči ljudem z demenco (nastanitvenih oblik, oblik preživljanja časa, zaposlitev, organizacijskih oblik) (Mali 2013: 8). Od ene tretjine do ene polovice ljudi z demenco je namreč nastanjenih v domovih za stare ljudi, kar je za družbo velika finančna

obremenitev, ki zahteva okoli 30 odstotkov zdravstvenega proračuna (Novljan, Jelenc 2002: 31).

Ob tem pa se porajajo tudi vprašanja glede dejanske namembnosti oblikovanja nekaterih oblik pomoči starim ljudem. Menim, da je ustanavljanje skupnosti, v katerih živijo ljudje z demenco, pravzaprav bolj menjava prostora, ki pa je še vedno pod okriljem doma za stare ljudi ali drugega nadzornega organa. Gre za segregacijo, ki nosi masko skupnostne skrbi, in za zamenjavo prostorov, oblast in bistvo pa ostajata ista. Ljudje z demenco so še vedno izolirani od drugih ljudi, še vedno so skupaj v določenem prostoru, ločeni od ostalih stanovalcev doma. Novo je bolj ali manj le preimenovanje teh prostorov iz varovanih oddelkov za demenco v skupnostne oziroma stanovanjske skupine za ljudi z demenco ter naša pripravljenost sprejeti to kot edino možno dobro rešitev.

Drugi primer, ki bi ga izpostavila, pa je pomoč na domu, ki je pravzaprav pogost korak, preden se človek sam ali s pomočjo drugih odloči za vstop v dom za stare ljudi (Filipovič Hrast *et al.* 2014: 134-135). Če je to res njihov namen, potem je ideja vključitve v skupnostno oskrbo seveda vprašljiva.

Na začetku oblikovanja storitve socialne oskrbe na domu so to izvajali centri za socialno delo, pozneje pa so jo začeli prevzemati domovi za stare ljudi in zasebni izvajalci. V Ljubljani in Mariboru poznamo tudi dva specializirana zavoda za oskrbo na domu. S tem, ko se država umika od skrbi za stare ljudi in prelaga oskrbo na druge izvajalce, pa lahko povzroči neenakost dostopa do storitev in povečuje regulatorno funkcijo (Hvalič Touzery 2007, Flaker *et al.* 2008: 27).

Velika prepreka pri koriščenju te storitve je poleg zastarelega zakonodajnega okvira tudi visok strošek, ki ga le-ta predstavlja starim ljudem. Zaradi gospodarske krize se je v marsikateri občini (npr. Komenda) ta strošek zaradi odprave javnih del dvignil, kupna moč starih ljudi pa se je zmanjšala. Ceno te storitve je nedavno dodatno zniževala subvencija države, ki je bila del politike aktivnega zaposlovanja. Od leta 2012 pa se je ta vir ohranil le še v 17,5 % vrednosti preteklega leta, kar je povečalo breme oskrbe uporabnikom in občinam (Filipovič Hrast *et al.* 2014: 25).

Zaradi takšnih sprememb se ljudje velikokrat odločijo za manj oskrbe, kar zmanjšuje kakovost njihovega življenja, okrni njihovo dostojanstvo ali pa so pri oskrbi vse bolj samoomejujoči (v domu ostanejo v večposteljni sobi namesto, da bi šli v enoposteljno), saj imajo težave pri plačevanju oskrbe (Filipovič Hrast *et al.* 2014: 67).

Pomoč na domu pod takšnimi okoliščinami še vedno ni dostopna vsem ljudem pod enakimi pogoji, kar ni v skladu z nacionalnim programom na tem področju (Nagode 2009: 136).

In čeprav je pomoč na domu za starega človeka lažje sprejemljiva kot bivanje v instituciji, hitro pozabimo, da je to storitev, nad katero ima kontrolo dom za stare ljudi, občina, država. Mnogim domovom je v interesu, da uporabnika pomoči na domu čim prej sprejmejo v svoje varstvo. Tako postane dom posameznega uporabnika pomoči na domu potencialna tarča in prežeča roka doma za stare ljudi. Seveda zadeve ne moremo posploševati. Vsekakor pa lahko rečemo, da dezinstitutionalizacija ni ne v korist ne v interes ustanov, kakršni so domovi za stare ljudi.

Ali transinstitutionalizacija dejansko obstaja ali je le proizvod različnih debat, lahko preverimo samo z raziskavami, ki pa se jih v Sloveniji še nismo lotili.

Pri tem se pojavljata tudi dve trditvi, in sicer ena opisuje transinstitutionalizacijo kot resničen proces, katerega moramo vzeti pod drobnogled, druga trditev pa vidi transinstitutionalizacijo kot zgolj teoretičen koncept.

ARGUMENT, DA JE TRANSINSTITUCIONALIZACIJA RESNIČNA:

V tujini so avtorji, kot npr. Seth (2013), ugotavljali, da transinstitutionalizacija je resnična in ne zgolj možna nevarnost, osnovana na teoretičnih predpostavkah. To so argumentirali z dejstvom, da je dezinstitutionalizacija povzročila poplavo ljudi z duševnimi težavami v skupnosti, ki na to ni bila primerno pripravljena, kar je pripeljalo do drastičnega porasta deviantnega vedenja, na katerega je kazensko pravosodje moralo odgovoriti. Zaporji so s tem na nek način dobili vlogo izvajalca psihiatričnih bolnišničnih storitev.

Tisti ljudje, ki so bili dehospitalizirani, so se v lokalni skupnosti zelo težko znašli, saj niso imeli na voljo ustrezne podpore in so zato težko funkcionirali brez ponovne hospitalizacije (reinstitutionalizacije). Študija v Vermontu je pokazala težavnost takšne situacije, saj je bilo kar 87 % ljudi, odpuščenih iz državne psihiatrične bolnišnice, po preteku od treh mesecev do enega leta, ponovno hospitaliziranih (Prins 2011: 718).

ARGUMENT, DA TRANSINSTITUCIONALIZACIJA NI RESNIČNA:

Kot navaja Prins (2011: 716-722), obstaja na drugi strani strinjanje, da je povezava med zapiranjem bolnišnic in naraščanjem števila bivših uporabnikov psihiatričnih storitev v zaporih, visoka. To je označeno kot slučaj in naj ne bi šlo toliko za realni odraz stanja. Pri tem naj bi šlo za špekulacijo, avtor članka pa navaja vsaj tri razloge za napačno razumevanje:

1. Dezinstitutionalizacija ni povzročila poplave ljudi na ulicah, saj so ljudi premestili v bolnišnice ali domove za stare in niso nujno končali v zaporu. Čeprav se je število postelj v psihiatričnih bolnišnicah zmanjšalo, pa se število sprejemov ni drastično zmanjšalo. Ti uporabniki so ostali tam krajši čas, kot so ga prebili uporabniki pred dezinstitutionalizacijskim gibanjem. Sicer pa so psihiatrične bolnišnice paciente preusmerile v splošne bolnišnice ali domove za stare ljudi, kjer so bili še vedno institucionalizirani.

Raziskava v Filadelfiji kaže, da so po zaprtju tamkajšnje psihiatrične bolnišnice v spremljanem triletju zasledili aretiranih 2 % ljudi, ki so bili odpuščeni z zdravljenja. V Indianapolisu pa je v 24 mesecih 4 % odpuščenih iz bolnišnice končalo v zaporih ali so postali brezdomci. Treba je poudariti, da ni bil glavni vzrok za aretacijo duševna bolezen, ampak predvsem uporaba drog. Ta raziskava je temeljila na 13-letnem spremljanju 700 pacientov, ki so bili dalj časa hospitalizirani in odpuščeni iz dveh velikih psihiatričnih bolnišnic v Londonu leta 1985. Po petih letih v skupnosti je bilo zabeleženih 24 kriminalnih dejanj pri 18 ljudeh, ki so bili bivši uporabniki institucije. Tudi daljše bivanje v instituciji je tako lahko dejavnik tveganja za transinstitutionalizacijo (Prins 2011).

Kot lahko vidimo, je transinstitutionalizacija v tujini definirana bolj ali manj zgolj kot preselitev iz psihiatrične bolnišnice v zapore in obratno, čeprav gre pravzaprav za preselitve iz ene v drugo institucijo, pri tem pa vrsta zavoda ni točno definirana. Enostavno ne moremo mimo tega, da v preselitvah iz ene socialne ustanove v drugo ali v selitvah med ustanovami iste vrste, ne opazimo elementov transinstitutionalizacije.

2. Ko so primerjali klinične in demografske značilnosti ljudi v psihiatričnih ustanovah in v zaporih, so ugotovili znatne razlike. Prvi so bili namreč belci srednjih let z diagnozo shizofrenije, drugi pa Afroameričani v 20-ih ali 30-ih letih s podobnimi diagnostičnimi lastnostmi kot ostalo prebivalstvo (Prins 2011).

S socialno delovnega vidika menim, da je takšna študija in tolmačenje rezultatov diskriminatorno in stigmatizirajoče ter zato neprimerno za določanje vzroka.

3. Soglasje, da oskrba v skupnosti deluje navkljub vsem oviram, kot so npr. počasen sistem in drugi izzivi na tem področju (Prins 2011).

Ljudje, katerih zdravljenje v skupnosti ni bilo učinkovito, predstavljajo le del ljudi s psihiatrično diagnozo v zaporih. Za večino pa je lahko problem slab dostop do visoko kakovostnih storitev.

Vsekakor opaženo ne sme vplivati na ponovno rast institucionaliziranega varstva. Namesto tega bi morali strokovnjaki, ki se s transinstitucionalizacijo ukvarjajo, identificirati, kako trenutni dogovori s socialno politiko vplivajo na marginalizacijo skupine ljudi z dolgotrajnimi stiskami, če ti dogovori na kakršenkoli način prispevajo k transinstitucionalizaciji ter zagotoviti, da pri iskanju ustrezne pomoči ne bo razmnoževanja institucij. Pomembno ostaja predvsem, da razumemo, zakaj do takih pojavov, povezanih s transinstitucionalizacijo, prihaja. O strategijah za njihovo preprečevanje je potrebno razmišljati, še preden se dokončno razvijejo.

Kot lahko zasledimo številne negativne posledice institucionalizacije na posameznikovo osebnost, jih lahko opazimo tudi pri pojavu transinstitucionalizacije, ki je za človeka z dolgotrajno stisko lahko pogosto še bolj škodljiva.

Pojav transinstitucionalizacije je torej v prvi vrsti sprožil kritiko filozofije dezinstitutionalizacije, ki je bila v določenih elementih razumljena kot vzrok za poplavo ljudi, ki so bili odpuščeni iz institucij in so zaradi neustrezne oskrbe končali v zaporih, drugih ustanovah in na ulicah. Prav tako je dezinstitutionalizacija vplivala na težje sprejemanje ljudi, ki so potrebovali bolnišnično oskrbo, saj so karakteristike ljudi s težavami v duševnem zdravju in težavami v duševnem razvoju, npr. v zaporih, nemalokrat enačili s tistimi, ki so bili dezinstitutionalizirani. To pa je vplivalo tudi na razmah stigme oseb z dolgotrajnimi stiskami ter na podcenjevanje skupnostne oskrbe, ki naj ne bi zagotavljala dovolj uspešnega zdravljenja.

Vemo, da okovi stigme okrnijo človekovo osebnost, njegovo bivanje in doživljanje. Po transinstitucionalni preselitvi pa lahko pride še do dodatnega utrjevanja stigme, saj lahko posameznik razume selitev kot posledico neuspešnega zdravljenja v eni instituciji in zato potrebo po drugačni oskrbi drugje. Lahko pa išče težave za nastalo situacijo pri sebi; da je torej do preselitve prišlo zaradi njegovih (negativnih, neželenih) osebnostnih značilnosti. Transinstitucionalizacija lahko bistveno preoblikuje tudi medosebne odnose in je lahko razlog

za pretrganje stikov. Starost že po naravi prinese izgubo prijateljev in znancev, preselitev pa lahko še bolj skrči človekovo socialno mrežo. Brez krepitve socialnih mrež postaja človek vse bolj osamljen, osamljenost pa lahko prispeva k hospitalizaciji ali pa hospitalizacija prispeva k osamljenosti. Gre torej za začaran krog.

Vmesni prostor med preselitvijo iz ene v drugo ustanovo je tako odprl različne poti, ki človeka z dolgotrajno stisko zaznamujejo, in jih tudi podajam v nadaljevanju. Definicija transinstitucionalizacije opisuje, kot že rečeno, preselitve iz enega zavoda v drugega. Gre za stresno izkušnjo za posameznika, za posledico slabo načrtovane dezinstitutionalizacije, ki pripelje do tega, da človek z dolgotrajnimi stiskami ne dobi potrebne oskrbe in se zato pogosto znajde v neustreznih življenjskih razmerah.

Posledica transinstitucionalizacije je tako lahko tudi brezdomstvo. Osebe, ki so bile brez stanovanj že pred institucionalizacijo, so po dezinstitutionalizaciji ostale brez strehe nad glavo in pogostokrat pristale na ulici. Flaker *et al.* (2008: 131) temu dodajajo, da imajo pri tem mnogi brezdomci poleg kariere zapora še težave z alkoholom ali hendikepom.

Naslednja možna posledica transinstitucionalizacije je tudi nasilje kot rezultat slabše oskrbe ob selitvah. Kot opisujeta Habjanič in Lahe (2012: 37-45), se nasilje v starosti najpogosteje prikriva predvsem zaradi strahu starih ljudi pred maščevanjem ali pa jih je sram prijaviti izvajalca/e nasilja. Glede prijave nasilja v domovih za stare ljudi se domneva, da je stanovalce in njihove družine strah predvsem maščevanja negovalnega osebja. Po statutu bi morali domovi sami prijaviti sume nasilja, vendar tega vse pogosteje ne storijo iz ekonomskih razlogov. Prevladuje namreč prepričanje, da domovi za stare ljudi, ki imajo veliko prijav zoper nasilje, ne izvajajo kakovostne oskrbe. Z bolj doslednim prijavljanjem sumov nasilja bi lahko torej postali manj privlačni za potencialne bodoče stanovalce, zato se temu izognejo tako, da nasilje tolerirajo in ga ignorirajo (Habjanič, Lahe 2012: 37-45).

Dezinstitutionalizacija in transinstitucionalizacija sta povzročili tudi zmedo pri organizaciji dela v institucijah in idejo po drugačnem načinu kaznovanja. Eden od takšnih primerov v preteklosti je mučenje obsojenih v zaporih na tak način, da so med zdrave obsojence naselili tiste, ki so imeli težave z duševnim zdravjem. V določenih primerih so morali biti slednji celo goli, da niso z oblačili poškodovali sebe ali drugih (obešanje). Ob tem pa je bilo strogo prepovedano predpisovanje in dajanje zdravil (npr. v San Franciscu), saj so se le-ta smatrala kot droge (Sommer, Osmond 1981: 198-199). Takšno sobivanje je, kot si lahko predstavljamo, mučno in nima terapevtskih učinkov, saj tisti, ki potrebujejo specializirano

pomoč, te ne dobijo, tisti, ki zgolj prestajajo kazen, pa se znajdejo v precepu, kaj storiti ob nepoznanih situacijah, ki jih povzroča duševna bolezen sojetnika.

Na drugi strani pa posledice transinstitucionalizacije v posameznih primerih niso nujno škodljive. Včasih se je bivanju v instituciji, kakor tudi preselitvi, nemogoče izogniti.

Najpogostejše dokumentirane preselitve so potekale iz raznih socialnih zavodov v domove za stare ljudi, katerih standard vse bolj narašča. Čeprav institucionalna kariera ni tista, ki jo spodbujamo, je potrebno izpostaviti, da današnja oskrba ni primerljiva z oskrbo iz preteklosti. Problem današnje oskrbe so predvsem visoke cene namestitev, ki ljudi silijo, da se pomoči odpovejo in so tako prikrajšani za nego ter postrežbo, ki jo potrebujejo.

1.5 DOMOVI ZA STARE LJUDI

Kot smo omenjali že v prejšnjih poglavjih so pri nas domovi za stare ljudi največji prostori institucionalizacije starejših, o čemer priča tudi zgovoren podatek, da v ustanovah te vrste živi 82,5 % institucionalizirane populacije v socialnem varstvu (Rafaelič 2015: 39).

Zato jim tudi namenjam posebno poglavje in jih posebej izpostavljam, saj bomo pozneje prikazali njihovo vez s transinstitucionalizacijo.

Ko nastopi starost in z njo povezane težave, je institucionalizacija v domu za stare ljudi pogosto neizogibna, hkrati pa je lahko tudi stresna in neprijetna za uporabnika. Mali (2013: 24) pravi, da je vstop v dom, tako za uporabnike kot njihove svojce, pogosto razumljen kot: »Izhod iz življenjske drame, ki je nevzdržna, brezizhodna«. Takšna nastanitev terja tudi izgubo določenih pravic, neupoštevanje mnenj uporabnikov in omejene možnosti izbire (Flaker *et al.* 2008: 342). Razlogi za namestitev starega človeka v dom so najpogosteje povezani z njegovim zdravstvenim stanjem in nezmožnostjo samostojnega funkcioniranja v domačem okolju, s pomanjkanjem oblik pomoči v skupnosti, neurejenimi življenjskimi in bivanjskimi razmerami in spregledanimi pravicami starih ljudi kot posledicami druge svetovne vojne ter pospešene industrializacije, z modernizacijo, razvojem medicine in gerontologije, pomanjkanjem tehnologije za samostojno življenje v domačem okolju, finančno odvisnostjo starih ljudi od otrok in dobro prepoznavnostjo domov za stare ljudi. Vse to pa vpliva tudi na sam odnos do starih ljudi (Mali 2008: 16, Mali 2012a: 132).

Kljub temu pa se domovi ohranjajo pod pretvezo nujne rešitve, saj skupnost še vedno ni dovolj razvita in osveščena, da bi uporabniku nudila želeno in potrebno pomoč. To omogoča, da v ospredje pridejo predvsem cilji institucije in ne uporabnika.

Domovi za stare ljudi so torej najpogostejši izvajalci celostne oskrbe človeka in zato tudi najpogostejši prostori institucionalizacije stare populacije. Dejavnost socialnega varstva opravljajo nepridobitno in so pri financiranju prepuščeni sebi, saj so odvisni izključno od oskrbnin stanovalcev oziroma njihovih svojcev. Gre za ustanove, v katerih živijo večinoma starejši od 65 let in koristijo socialno in zdravstveno nego (Vertot 2007: 24-29).

Oblika oskrbe starih ljudi v domovih poskuša danes uporabnikom nadomestiti ali dopolniti funkcijo lastnega doma in družine, bivanje, prehrano, varstvo in zdravstveno dejavnost, kot je utemeljeno po Zakonu o socialnem varstvu (ZSV 2007) in Zakonu o zdravstveni dejavnosti (ZZDej 2005), v okviru katerega socialnovarstveni zavodi opravljajo v prvi vrsti potrebno

zdravstveno nego in rehabilitacijo za svoje uporabnike. Ta oblika oskrbe skuša organizirati še drugačno pomoč kot zgolj socialno varstvo z dolgotrajno ali začasno namestitvijo, kar je razvidno iz storitev pomoči pri pripravi okolja in posameznikov na starost, izobraževanj, socialne oskrbe na domu, socialnega servisa in razvoja gospodarske dejavnosti, namenjene višanju kvalitete varstva in življenja starih ljudi (Gerontološko društvo Slovenije 1993: 20). Ravno zaradi takšnih dejavnosti in storitev Filipovič Hrast *et al.* (2014: 23-24) označujejo domove za stare ljudi kot centre za zagotavljanje celostne oskrbe starih ljudi.

Vse pogosteje pa domovi za stare ljudi prevzemajo od centrov za socialno delo tudi socialno oskrbo na domu, kar se zdi Filipovič Hrast *et al.* (2014: 141) zaskrbljujoče, saj naj bi to kot priprava na vstop v dom vodilo v uveljavljanje institucionalne prakse domov. V tem pa je mogoče zaznati tudi vez s transinstitucionalizacijo.

Da smo prišli do te točke razvoja domov za stare ljudi, pa so se morale same značilnosti in funkcija domskega varstva skozi leta pomembno spremeniti. Pri tem je potrebno razumeti tudi to, da sam nastanek institucij, namenjenih starim ljudem, ni povezan zgolj s staranjem in odzivom na starost, ampak je pri tem potrebno upoštevati tudi razmere, v katerih so ljudje v preteklosti živeli in so vplivale na razvoj domskega varstva.

Zanimivo je zlasti dejstvo, da je imelo pri oblikovanju takšnega tipa nastanitve za stare ljudi veliko vlogo posnemanje samostanskega življenja. Njihova organiziranost in prostorska izključenost sta namreč predstavljali ideal za oblikovanje ustanov, v katerih so bili nameščeni ljudje z določenimi podobnimi lastnostmi. V srednjem veku pa je podoben zgled dajal tudi dvor, ki je predstavljal varno pribežališče, hkrati pa tudi prostor, v katerem je bila zasebnost omejena in je vladala oblast, ki je tamkajšnje življenje nadzorovala (Flaker 1998: 47-51). Tovrstna podlaga je bila dovolj za to, da so se začele kovati ideje o ustanovah, v katerih bi bili nameščeni predvsem ljudje z roba družbe. Flaker (1998: 63) navaja, da se je ena od takšnih idej uresničila v obliki gobavišč – leprozorijev. V teh prostorih so bili gobavci popolnoma izobčeni. Oblika institucij izločenosti je bil v poznejših časih tudi špital, ki je v Evropi obstajal v vseh večjih krajih. Pri tem Ljubljana s svojim prvim špitalom v letu 1345 ni bila nobena izjema. Podatki pričajo, da so se špitali pojavili že v 12. stoletju, kar pomeni, da sodijo med najstarejše dobrodelne ustanove, ki pa so se skozi stoletja seveda spreminjale. V 14. in 15. stoletju so imeli funkcijo zavetišč za pohabljenе ljudi in popotnike, v 16. stoletju pa jih je meščanska družba kot odgovor na naraščajočo industrializacijo oblikovala kot zaprte ustanove za depriviligirane prebivalce (Mali 2008: 10-11). V 19. stoletju je špital svoje ime predal

medicinski ustanovi (hospital), do takrat pa je imel predvsem socialno funkcijo, katero je obrobno dopolnjevala zdravstvena nega (Flaker 1998: 61-62; Anžič 2006: 173).

Postopoma so se iz špitalov, prvotno večfunkcionalnih ustanov, začele razvijati specializirane dobrodelne ustanove. V poznem srednjem veku so pridobile tovrstno nalogo hiralnice, ki so prevzemale oskrbo neozdravljivo bolnih, in ubožnice. Slednje so nudile oskrbo tistim, ki si z delom niso pridobili osnovnih življenjskih sredstev, kot so prenočišče in hrana. Tako so ubožnice pod krinko humanitarne skrbi ustvarile predvsem stare ljudi kot specifično skupino ljudi, ki so bili družbi v breme, in tako staranje označile kot nekaj slabega (Mali 2008: 15,27). Ob tem so seveda ustanavljali še druge prostore, ki so bili vedno polni, zato so zaradi prezasedenosti ljudi pošiljali na obrobje Ljubljane v druge ustanove, kjer so dobivali brezplačno oskrbo in zdravniško pomoč. Občine so za socialno skrbstvo sicer namenjale okoli 6 – 8 % iz svojih proračunov, a je bila popolna oskrba pri tem redka. Bolj kot danes pa je bila razvita tudi oskrba starih ljudi po njihovih domovih (Kresal 1998: 56).

Tovrstna podlaga je bila v 13. stoletju tako dovolj za ustanavljanje domov za stare ljudi, ki so bili pri nas grajeni predvsem na zametkih zavoda za neozdravljive bolnike v Ljubljani pa tudi azilskega zavoda v Kamniku (Flaker 1998: 61). Na samem začetku njihovega oblikovanja so v domovih živeli ne le stari ljudje, ampak vse starostne skupine, ki jim je bilo skupno to, da so bili brez sredstev za preživetje in jih je bilo po mnenju takratne družbe potrebno popraviti in socializirati. Takšna situacija se je po drugi svetovni vojni spremenila, saj so domove in druge podobne institucije namenili ranjenim vojakom. Na ta način se je zmanjšalo število mest za stare ljudi in jih prisililo v selitve in iskanje drugačnih možnosti oskrbe. Skupaj s tem pa je starost počasi postala institucionalizirana, kar je povzročilo, da so stare ljudi začeli obravnavati kot posebno kategorijo, za katero je bilo potrebno iskati bolj specializirane oblike nastanitve (Mali 2008: 17-24, Mali 2009: 95). Potrebe po nastanitvah v različnih zavodih in drugih ustanovah so bile sicer največje v 1950. in 1960. letih, predvsem zaradi izgube socialnih podpor. Nasprotno pa je bilo 20. stoletje na tem področju revolucionarno, saj se je začelo razmišljanje o drugačnih pristopih do ljudi, ki so bivali v institucijah (Psychiatry 2013).

Kljub temu pa bi, če bi sledili toku dogajanja na tem področju in se zgledovali po preteklih dejanjih politike, lahko v prihodnosti zopet prišlo do specializiranih domov za stare ljudi (npr.: domovi za ljudi z demenco, za kronično bolne ljudi, za ljudi, ki potrebujejo zdravstveno nego, za dokaj samostojne stare ljudi, za tiste, ki si želijo družabništva itd.), kar se kaže tudi kot novodobna ideja (Mali 2009: 106-107, Rafaelič 2015: 185). Rafaelič (2015: 185) temu

doda še svoje opažanje o vse glasnejšem govoru o vzpostavljanju novih oblik oskrbe za ljudi z intelektualnimi ovirami po smrti njihovih staršev oziroma skrbnikov. To si oblikovalci takšne ideje predstavljajo kot manjšo bolnišnico v prostorih domov za stare ljudi, kjer bi bilo zaposlenega več zdravstvenega kadra.

Menim, da obstaja nevarnost, da se bo zgodovina ponovila, čeprav se je v enem od obdobjih že pokazalo, da specializacija vodi v segregacijo ljudi, ta pa v izključenost in apatijo. Kot posledica načrtovanih specializacij so možne tudi selitve iz ene ustanove v drugo, ko oseba za bivanje v eni ustanovi ne bi več izpolnjevala določenih kriterijev.

Pri nas so sicer trenutno najbolj razširjeni splošni domovi, namenjeni vsem starim ljudem, ki izpolnjujejo pogoje za vstop, saj stroka ne podpira specializiranosti domov (Filipovič Hrast *et al.* 2014: 143). Nekateri današnji novi domovi pa kljub temu že izkazujejo usmerjenost in željo po ločevanju, saj menijo, da je tak način dela bolj primeren tako za zaposlene kot za same uporabnike. Razlog za to tiči predvsem v oskrbi ljudi z demenco, ki so se v domove začeli naseljevati predvsem po letu 2000. To je povsem pretreslo in spremenilo dosedanje znanje in način dela, ki tem ljudem do takrat ni bil ustrezen. Obravnava ljudi z demenco ni mogoča po principu takrat prevladujočega medicinskega modela, ker ta ne daje poudarka individualnemu pristopu (Mali 2009: 99-104).

Takšni in tudi drugi razlogi so vplivali na preoblikovanje domov za stare ljudi in na povečan sprejem starih ljudi z demenco iz psihiatričnih bolnišnic, kjer so se ti do takrat zdravili. Znano je, da zlasti osebe s tretjo stopnjo demence živijo pretežno v domovih za stare ljudi ali pa v psihiatričnih bolnišnicah (Mali, Milošević Arnold 2007: 26). Danes je to področje urejeno z Zakonom o duševnem zdravju (ZDZdr 2008), ki ljudi z demenco prepušča domovom za stare ljudi, ki morajo imeti za to prilagojen kader in prostore. Tukaj je imelo pomembno vlogo ravno socialno delo, ki je v 80. letih z vstopom v geriatrične institucije začelo s poudarjanjem pomena medsebojnih odnosov, medsebojnim sodelovanjem stanovalcev, osebja in svojcev, usmerjanjem na osebne probleme stanovalcev, izražanjem čustev stanovalcev in njihovo avtonomijo spreminjati ideje večinskega zdravstvenega kadra v domovih za stare ljudi (Hlebec, Mali 2013: 31-32).

Kot vidimo, se je tekom let dojemanje in delo v domovih za stare ljudi precej spremenilo. Te spremembe na področju domskega varstva Hlebec in Mali (2013: 30) pojasnjujeta s tremi modeli: socialno-gerontološkim modelom (1965-1990), bolnišničnim modelom (1991-2000) in, za socialno delo najpomembnejšim, socialnim modelom (od 2000).

Na razvoj institucionalnega gibanja na področju dela s starimi ljudmi vplivajo zlasti demografske spremembe, vstopanje zasebnega kapitala na javno sfero, finančno stanje aktualnih in potencialnih uporabnikov, sprememba zakonodaje. Vsekakor je današnji razvoj pogojen tudi z zgodovinsko dediščino (Kajzer 2007).

V preteklosti je imel pri oskrbi veliko vlogo najprej neformalni sektor, potem pa formalna oskrba, saj je v času socializma država prevzela dominantno vlogo kot lastnik, financer in nadzornik vseh organizacij in ustanov, ki so zagotavljale socialno varnost prebivalcev (Kolarič *et al.* 2009: 45). Danes je situacija obratna. Kljub temu država ostaja financer storitev, ni pa več njihov izvajalec. Posledice tega so različne. Kot ustanoviteljice predvsem institucionalnih oblik varstva starih ljudi so dobile priložnost zasebne profitne organizacije pa tudi zasebne neprofitne organizacije, ki so skušale skleniti koncesijske pogodbe z državo in na ta način pridobiti stabilno javno financiranje. Tako se je začel vzpostavljati komplementarni odnos in konkurenca med javnimi, zasebnimi, profitnimi in neprofitnimi ponudniki institucionalnega varstva (Nagode 2009: 126-127).

Politika lahko s takšnim načinom in prenosom skrbi za ljudi z dolgotrajnimi stiskami ustvari situacijo, ki dovoljuje prestavljanje ljudi iz ene v drugo institucijo, in dopušča, da so ponekod zaprti ljudje, ki bi lahko z ustrežno podporo živeli v skupnosti. Rafaelič (2015: 213) ob tem pravi, da: »Naša zakonodaja zelo otežuje eksperimentiranje in vpeljevanje inovacij. Z zastarelo taksonomijo socialnovarstvenih storitev namreč onemogoča inovativne oblike terenskega dela, mobilnih timov in podobno«.

Ob tem lahko zaznamo povezavo med institucionalizacijo, dezinstitutionalizacijo in transinstitutionalizacijo, ki je tako možna posledica kombinacije dezinstitutionalizacije, delovanja politike in neustreznega financiranja sredstev in storitev, temelječih na skupnosti.

1.6 PRESELITVENI PROCES IN SOCIALNO DELO

Pri transinstitucionalizaciji moramo biti pozorni na to, kaj selitve prinesejo s seboj in kako vplivajo na preseljene ljudi. Načeloma lahko uporabnik, ki biva v instituciji, oziroma njegov zakoniti zastopnik kadarkoli vloži predlog za premestitev ali odpust. Premestitev ali odpust pa lahko iz določenih razlogov predlaga tudi institucija sama, če prihaja do hujših kršitev hišnega reda. V obeh primerih se z uporabnikom sklene sporazumna razveza dogovora, ki je bil sklenjen ob sprejemu. V praksi prihaja do primerov, ko sorodniki ali zakoniti zastopniki starega človeka pogosto niti ne vprašajo po njegovih željah in potrebah; nemalokrat ravnajo po svoji volji, s predvidevanjem, da je to v dobro starega človeka. Če v preselitvi vidijo rešitev, spregledajo vse negativne posledice, ki jih ima ta neposredno za uporabnika. Selitev, še posebej, če je vsiljena, je prepoznana kot eden izmed najbolj stresnih dogodkov v človeškem življenju. S seboj prinese ogromno novih situacij, okolje, odločitev. V starosti so selitve še bolj občutljiva tema za človeka (Clough *et al.* 2004: 45). Navezanost na dom je lahko precejšnja, včasih celo večja od navezanosti na ljudi, saj jim dom predstavlja delčke njihovega celotnega življenja.

Stari ljudje si zato selitve pogosto ne želijo, sploh pa ne v institucije, ki se jih še vedno drži negativen prizvok. Ob tem Hojnik Zupanc (1994: 12) ugotavlja, da imajo stari ljudje, ki so se v življenju že srečali z institucijami, kljub odklonilni naravnosti do bivanja v ustanovi, bolj pozitiven odnos do le-teh, če so že spoznali način življenja v njih, kot pa tisti, ki stika z institucijami niso imeli.

Pogoste selitve, ki jih izkusijo stari ljudje, so predvsem tiste iz domačega okolja v bolnišnico in iz bolnišnice v dom za stare ljudi. Pečjak (2007: 172) navaja podatek, da se 38 % starih ljudi preseli v dom neposredno iz bolnišnic.

Mali in Kornhauser (2013: 328) sta v raziskavi, izvedeni v domu Rakičan, ugotovili, da pri tem obstaja izrazita korelacija med doživljanjem negativnih občutkov ob prihodu v dom, predvsem med tistimi uporabniki, ki so v dom prišli neposredno iz bolnišnične oskrbe. Stari ljudje, s katerimi sta avtorici naredili intervjuje, opisujejo, da je bilo prvo srečanje z domom uradno in nanj niso bili pripravljene, niti si selitve niso želeli. Ob tem so omenjali strah, da se ne bodo več vrnil v domače okolje, strah pred samim institucionalnim življenjem pa je bil minimalen. Avtorici ob tem opozarjata, da: »Neposreden način vključevanja starih ljudi iz

bolnišnične oskrbe v domsko izrazito negativno vpliva na doživljanje posameznikovega prehoda v novo okolje«.

Znova in znova se torej potrjuje dejstvo, da stari ljudje želijo ostati v lastnem domu do smrti, saj jim domačnost doma daje občutek trdnosti, varnosti in zadovoljstva.

Ob tem avtorji, kot so Hlebec in Mali (2013: 34), ugotavljajo med drugim tudi to, da: »Navkljub izpolnjenim socialnopolitičnim predpostavkam starejši od 65 let nimajo enakih možnosti za institucionalno oskrbo«. V 115 občinah namreč sploh ni organizirane institucionalne oskrbe, v 50 občinah pa ima okoli 20 % uporabnikov organizirano institucionalno oskrbo znotraj občine. Iz tega sledi, da morajo stari ljudje zapustiti občino stalnega bivališča, da lahko koristijo pomoč v instituciji. Selitev v nepoznano okolje lahko sproži občutek diskontinuitete z lokalnim okoljem, zmanjša stike s prijatelji in sorodniki (Hlebec, Mali 2013: 34; Mali 2013: 40).

K izogitvi takšnim posledicam selitve pri tovrstni populaciji lahko pripomore socialno delo, ki temelji na specifični celostnega razumevanja človeka in njegovih potreb ter na aktivnem vključevanju v proces pomoči (Mali 2012a: 128). Ravno zato je izrednega pomena, da so v institucijah zaposleni socialni delavci, ki pa morajo seveda sodelovati z vsemi zaposlenimi v domu. Mali (2008: 95) opozarja, da je za socialnega delavca v domu za stare ljudi ključno interdisciplinarno znanje, ki mu omogoča sodelovanje z različnimi strokovnjaki. Socialni delavec s svojim specifičnim znanjem o stanovalcih namreč prispeva k celovitemu razumevanju posameznikove situacije in oblikovanju njegovega življenja v instituciji.

Poleg priprave okolja v institucionalnem varstvu so naloge socialnih delavcev vezane tudi na pomoč uporabniku pri urejanju odhoda iz institucije in obravnavo predlogov za premestitev (Kornhauser, Mali 2013: 325). S poznavanjem služb in potreb starih ljudi lahko socialni delavci pripomorejo tudi k povezovanju raznih storitev. Svoj prispevek lahko dodajo tudi pri oblikovanju političnih struktur, ki na lokalni in nacionalni ravni upoštevajo potrebe starih ljudi in krepijo njihovo moč v družbi (Mali 2012a: 129).

Poslanstvo socialnega dela s starimi ljudmi si tako prizadeva zlasti za povečevanje sposobnosti in lažje soočanje starih ljudi z novodobnimi težavami in stiskami, ki jih s seboj prinese starost (npr.: demenca, osamljenost, konflikti v družini, nasilje, stres, transinstitucionalizacija).

Stroka se strogo zavzema za socialno pravičnost in jo obravnava kot temelj vseh načel delovanja. Socialno delo se zaveda, da so družbene neenakosti družbeno konstruirane in ne

izbira posameznika, zato je potrebno poskrbeti za ljudi na družbenem robu in jim omogočiti samostojno življenje (Leskošek *et al.* 2010).

V širšem socialnem okolju socialno delo zagotavlja pogoje, v katerih stari ljudje lahko in smejo uveljaviti svoje sposobnosti in so pri tem tudi uspešni. Med procesom staranja se namreč stari ljudje soočajo s številnimi situacijami (upokojitev, vdovstvo, osamljenost, odhod otrok od doma itd.), pri katerih potrebujejo pomoč in programe, ki njihovo življenje izpopolnjujejo tudi v starosti (Novljan, Jelenc 2002: 15).

Družbene spremembe in zakonodaja, ki diskriminira ljudi s tem, ko povečuje neenakosti in sili socialne delavce v delovanje, ki ni v skladu s kodeksom etike socialnega dela, pa postavlja stroko pred izziv. Eden od novih izzivov za socialno delo je tudi transinstitucionalizacija, saj le-ta zahteva razvoj novih in drugačnih služb ter dopolnitev in doslednejšo uporabo sedanjih metod, spretnosti in znanj za delo s starimi ljudmi v skupnosti in v institucijah.

Skozi leta se je namreč pokazalo, da problem zapiranja ljudi v ustanove še ni rešen, ampak le preusmerjen. Namesto dezinstitutionalizacije lahko pride do neželenih selitev ljudi z dolgotrajnimi stiskami iz ene ustanove v drugo brez zagotovljene podpore.

Ena od novih nalog socialnega dela je zato tudi preprečevanje škodljive transinstitucionalizacije in spodbujanje razvijanja skupnostne oskrbe. Filipovič Hrast *et al.* (2014: 14) ob tem navajajo pogosto opredelitev skupnostne oskrbe kot nasprotja institucionalni oskrbi. Sodobnejša razumevanja se s takšno določitvijo ne strinjajo, saj institucionalno obliko pomoči vključujejo v eno od oblik skupnostne oskrbe. Hlebec in Mali (2013: 33) ob tem trdita, da uvrščanje npr. domov za stare ljudi zgolj v okvir institucionalnega varstva ni več ustrezno. Tudi Mali (2012a) meni, da domovi postajajo nekakšni centri za zagotavljanje celostne oskrbe starih ljudi, v katerih zdravstvena in socialna stroka medsebojno sodelujeta in se dopolnjujeta.

S takšnim razmišljanjem, multidisciplinarnim delom in razumevanjem domov za stare ljudi bi se transinstitucionalizaciji lahko izognili, saj bi bilo že delo samo naravnano na najvišjo kakovost življenja posameznika, ki potrebuje pomoč in podporo. Pri tem pa socialni delavci lahko prevzamejo vloge, ki jih našteva Milošević Arnold (2000: 256-257), in sicer: usposabljevalci, povezovalci, zagovorniki, aktivisti, iniciatorji, načrtovalci, koordinatorji, učitelji, posredniki, svetovalci in mediatorji.

Kot zaznavam, lahko pri uvajanju idej dezinstucionalizacije zaradi pomanjkljivih strategij, nejasnih načrtov financiranja in vrednot, ki ne vključujejo soudeležbe starih ljudi, hitro pride do transinstitucionalizacije. Na področju domov za stare ljudi ni bilo prepoznati veliko dezinstucionalizacije. Do nje najpogosteje pride v kriznih časih, ko se ljudje odločijo za preselitev v domače okolje bolj ali manj zaradi finančnih razlogov in ne zaradi same ideje po preselitvi v skupnost.

To področje preselitev ni nadzorovano in pokrito, tako da se dejansko ne ve, kaj se s starim človekom v domačem okolju ali v drugi instituciji po preselitvi dogaja. Ker pa bo starih ljudi vse več in se bodo tudi tisti, ki so sedaj v drugih institucijah, postarali in potrebovali pomoč, pa so potrebni načrti in dodaten usposobljen kader. V nasprotnem primeru se lahko pojav transinstitucionalizacije okrepi.

Ob vsem tem je res tudi to, da sta finančna in ekonomska kriza prinesli velike družbene spremembe in izzive, ki jih lahko izkoristimo kot priložnost za iskanje novih in drugačnih oblik oskrbe. Pri tem moramo razmišljati tudi o spremembi prioritet v piramidi vrednot, saj še tako dober sistem ne bo funkcioniral, če ljudje ne bomo razvijali empatije do soljudi.

Ena od velikih ovir pri oblikovanju inovativnejših oblik oskrbe se kaže tudi v pomanjkanju sodelovanja med formalnim in neformalnim sektorjem. Težave lahko povzročajo tudi tradicionalne metode dela, ki ne pripomorejo k inovacijam in prestrukturiranim idejam dela z uporabniki. Potrebni sta zlasti fleksibilnost in ustvarjalnost, katerih pa se ne bomo naučili, če bomo iz načrtov izločili uporabnike. Le sodelovanje in skupno delo nam lahko razkrijeta, kje in kaj je potrebno v sistemu spremeniti in dodelati.

Tako, kot se je zgodilo, da so na eni skrajnosti vladale institucionalizacija in totalne ustanove, ne smemo sedaj dopustiti, da bi dezinstucionalizacija vodila v drugo skrajnost. Najti moramo ravnotežje, pri tem pa lahko z znanjem socialnih delavcev dodamo velik prispevek. Menim tudi, da je treba ta pojav natančno spremljati, saj lahko sicer izgubimo tako pregled nad tem, kaj se z ljudmi dogaja, kot tudi možnosti za spremembo. V Sloveniji, za razliko od tujine, kjer so ugotovili neposredno povezavo med zapiranjem bolnišnic in odpiranjem zaporov in drugih institucij, takšnih podatkov še niso zbirali.

1.7 TRANSINSTITUCIONALIZACIJA IN DOMSKO VARSTVO

Domove za stare ljudi lahko označimo za najbolj značilne prostore transinstitucionalizacije, o čemer pričajo tudi številne namestitve v preteklosti. Ko za starega človeka v splošni bolnišnici, psihiatrični bolnišnici, posebnem zavodu ali v zaporu niso več znali poskrbeti, so ga preselili v dom. Pri tem gre predvsem za preselitve tistih, ki so v terminalnem stadiju bolezni, in kronično bolnih ljudi brez primerne sistema podpore in pomoči v skupnosti, za kar modernizacija bolnišnične nege in oskrbe ni poskrbela. Kornhauser in Mali (2013: 321-331) ob tem navajata podatek, da 60 – 70 % stanovalcev odide v dom zaradi zdravstvenih težav, 38 % ljudi pa domovi sprejmejo neposredno iz bolnišnice.

V domove za stare ljudi pogosto nastanijo tudi mlajše ljudi po težjih boleznih (npr. po kapi), mlajše hendikepirane osebe in mlajše ljudi z duševnimi ovirami. Ob tem Ličina in Tisu (1983: 278) podata pomisleke pri premeščanju mlajših psihiatričnih bolnikov v domove za stare ljudi. Ti temeljijo na podlagi izkušenj njunega dela, saj sta zaznala, da se ti uporabniki težko vključijo v domsko okolje, se izolirajo ali spremenijo vzorce vedenja. Večina teh si tudi želi reinstitucionalizacije v psihiatrično ustanovo.

Predvsem ljudje z demenco pa so tisti, ki se v starosti najhitreje srečajo z odpustom ali sprejemom v psihiatrično bolnišnico oziroma v dom za stare ljudi. Razlog za to je v prvi vrsti hitro naraščanje števila ljudi, starejših od 65 let, pri katerih prihaja do sprememb v duševnem stanju. To potrjuje tudi Mikuž (1995: 189), ki ugotavlja, da se: »Prevalenca duševnih motenj in bolezni v starosti giblje med dvajset in petindvajset odstotki«.

Ob tem se dogaja, da se kapacitete v določenih mestih, predvsem na Gorenjskem in v Ljubljani, hitro zapolnijo in v dom ne sprejmejo toliko ljudi, kot jih odda prošnja za sprejem (Hočevnar 2013).

Po drugi strani pa predstavljajo predvsem domovi, ki so odročnejši in imajo zato posledično več prostih kapacitet, eno izmed večjih tveganj za transinstitucionalizacijo iz drugih zavodov (Rafaelič 2015: 7).

Poleg zmanjševanja vloge družine pri oskrbi za starega človeka in slabi razvitosti drugih oblik podpore tiči eden od vzrokov za pomanjkanje mest v domovih za stare v skrajševanju ležalnih dob v bolnišnicah. V domovih za stare prevladujejo predvsem ljudje, starejši od 80 let; teh je bilo leta 2010 nad 60 % (in več kot leto prej). Najzahtevnejšo nego potrebuje že okoli 70 % stanovalcev (Kerbler 2011: 44).

Ker se bodo glede na napoved naraščanja števila starih ljudi v prihodnje čakalne vrste za sprejem v domove za stare le še podaljševale, bi morali v Sloveniji zagotoviti več kot deset tisoč dodatnih mest, kar pomeni 67 % povečanje kapacitet. Ker je institucionalna oskrba stroškovno najdražja, pa bo to finančno zelo težko izvedljivo (Kerbler 2011: 45).

Poleg tega, da domovi za stare ljudi predstavljajo vstopno točko, pa smo na drugi strani danes priča še enemu pojavu na področju institucionalnega varstva starih ljudi. To so odhodi ljudi iz domov za stare, predvsem zaradi finančnih stisk posameznikov in družin. Sorodniki starega človeka zaradi finančne nezmožnosti odpeljejo iz doma za stare ljudi ne glede na to, ali mu bodo lahko zagotovili varnost in pomoč, ki jo potrebuje (povzeto po:

<http://www.rtv slo.si/slovenija/domovi-za-starejse-se-praznijo-najveckrat-zaradi-nezmoznosti-placevanja-oskrbe/320803>). Zabeleženi so tudi primeri, ko zaradi potrebe družine po pokojnini starega človeka prihaja do nasilja in zanemarjanja (Lekše 2013).

Lekše (2013) ob tem zaznava še eno težavo. Ker so domovi za stare ljudi, predvsem v večjih mestih prezasedeni, se sorodniki in socialne službe, kadar obstaja potreba po nujni namestitvi v dom, oprejo na tiste domove, ki imajo še razpoložljiva mesta. Ti so pogosto zelo oddaljeni od domačega kraja posameznika in njegovih sorodnikov, kar povzroči veliko stisko ob prilagajanju na drugačno okolje, ljudi, običaje pa tudi dialekte in jezik.

Nedopustno je, da ljudje ne prejmejo potrebne pomoči in kakovostne oskrbe v času, ko imamo obilo različnih možnosti in veliko znanja. Zanimiv podatek, ki prikaže stanje na tem področju, je tudi analiza pomoči na domu. Ta kaže, da je v letu 2011 pomoč na domu prejemale le 1,7 odstotka oseb, starih 65 let in več, kar močno zaostaja za predvidenim ciljem Resolucije nacionalnega programa socialnega varstva 2006 – 2010 (ReNPSV06-10 2006), ki predvideva 3-odstotno vključenost te populacije v omenjeno skupnostno obliko pomoči. Oskrbo tako prevzamejo svojci, ali pa so stari ljudje prisiljeni v bivanje v neživiljenjskih razmerah (Mali 2012a: 134, Nagode 2009: 132).

Tudi državne ustanove, kot so domovi za stare ljudi, se ob kriznih časih in tekom recesije znajdejo v težavah, ki so predvsem finančne narave in so povezane z manjšim povpraševanjem po njihovih storitvah. Ob tem poskušajo najti rešitve in drugačne poti za čim bolj uspešno poslovanje in zagotavljanje kakovostnega življenja svojim stanovalcem, pri čemer jih najpogosteje ovirajo: stalen nadzor in dolgotrajno pridobivanje dovoljenj s strani ministrstva glede vsake spremembe, neusklajenost med resorji, politika, pomanjkanje kadra in denarnih sredstev (Žibret 2012, Finance 2014, Novak 2014).

Na drugi strani delež starih ljudi, ki potrebujejo pomoč, vse bolj narašča. Ti se zaradi sodobnega načina življenja in pomanjkanja sredstev za življenje v hitro razvijajočem svetu pogosto težko najdejo sami.

Na podlagi obstoječe ponudbe oskrbe starih ljudi lahko vidimo, da ti pravzaprav nimajo veliko izbire, kako bodo preživeli svojo starost. V skupnosti ni dovolj razvitih oblik pomoči in podpore, ki bi jim omogočala življenje v lastnem domu, možno pa je tudi, da s temi možnostmi niso seznanjeni, ali pa jih je preprosto sram prositi za pomoč. Domovi v Sloveniji postajajo vse dražji, da si zagotovijo obstoj. Takšnega stroška večina starih ljudi samih ne zmore prevzeti. Lahko rečemo, da na tak način država (nezavedno?) spodbuja transinstitucionalizacijo in s tem ustvarja tri skupine starih ljudi: premožne, ki si lahko priskrbijo potrebno pomoč, srednji sloj, ki si v starosti že težka privoščijo formalno pomoč in revne, ki največkrat na pomoč države niti ne upajo več. Država lahko torej podžiga ideje transinstitucionalizacije pod krinko socialno varstvenih storitev, ki pa več ne služijo svojemu namenu izboljšanja kakovosti življenja ljudi, ampak prej ustvarjanju dobička.

Z nadaljevanjem takšne prakse je vprašljivo, kaj bomo pravzaprav sploh dosegli, in kako si bomo zastavili prihodnost. Slovensko starejše prebivalstvo ne slovi po tem, da je najbogatejše, zaradi česar je gradnja novih domov za stare ljudi še bolj ironična. V praksi je pogosto, da so nekateri domovi prazni. V mnogih domovih se socialni delavci trudijo najti zainteresirane kandidate, aktivne vloge za vstop v dom pa se velikokrat ne izkažejo za aktualne ravno zaradi trenutne finančne situacije prebivalstva.

Zaradi zgrešene politike organiziranja oskrbe v domovih in previsoko zastavljenih cen storitev mnogi ostanejo v starosti brez pomoči, kar jih vodi v iskanje cenejših oblik podpore tudi v tujini (Hrvaška) (Huč Uršič 2015). Verjetno za Slovenijo to ni hvalevredno in je pokazatelj po nujnosti potrebnih sprememb na tem področju.

1.8 RAZMAH SKUPNOSTNE IN DOLGOTRAJNE OSKRBE KOT REŠITEV ZA TRANSINSTITUCIONALIZACIJO

Skupnostno oskrbo, katere razmah je glavni cilj dolgotrajne oskrbe, si lahko predstavljamo kot bivanje v domačem okolju posameznika, kjer so mu omogočene različne oblike oskrbe, podpore in pomoči – od formalne do neformalne, ki mu omogočajo, da preživi življenje čim bolj kakovostno in polno ter tako, kot si sam želi. Nemogoče se je namreč zanašati na to, da bodo za ljudi s potrebo po dolgotrajni oskrbi skrbeli le njihovi sorodniki. Posledice tega so lahko: izčrpanost, konflikti v odnosih, nasilje in nezmožnost pomoči, ko skrbniki ostarijo, brezdomstvo, povečano število starih ljudi v zavetiščih, ki dobivajo funkcijo prisilnih domov za stare ljudi (24 UR Inšpektor), in kriznih centrah, stik s kazenskim sistemom. Rezultat tega je lahko tudi transinstitucionalizacija oziroma zamenjava prostorov institucionalizacije.

Širša opredelitev oskrbe v skupnosti zajema razvoj storitev, kot so socialna oskrba na domu, zdravstvena socialna oskrba na domu ali patronažna služba, paliativna socialna oskrba na domu, dnevni centri, začasno varstvo, društva starih ljudi, zdravstveni in prehranski programi in podporne službe za družinske oskrbovalce (Iechovich 2014). Wacker in Roberto (2008) pa te programe razširita še na: informacijske programe, prostovoljno delo, medgeneracijske in izobraževalne programe, rekreacijske centre, zaposlitvene programe, programe, ki so povezani s prehranskimi svetovanji in nizkimi dohodki starih ljudi, programe pravne pomoči, zdravstvene programe za duševno zdravje, stanovanjske programe, transport, pomoč na domu in programe dolgotrajne oskrbe.

Potencialne možnosti glede reševanja težave transinstitucionalizacije smo tu in tam že nakazali. Najboljša rešitev glede podpore za ljudi z dolgotrajnimi stiskami, med katere štejemo tudi stare ljudi, o čemer se govori pri nas že dolga leta, pa predstavlja predvsem dolgotrajna oskrba. Ta bi lahko pretrgala vez med pretirano institucionalizacijo in neuspešnimi poskusi dezinstitutionalizacije, dosegla izenačenost pravic vseh upravičenih in zagotovila ljudem, ki potrebujejo pomoč drugega ali stalno oskrbo, takšno podporo, kot jo dejansko potrebujejo in želijo.

Ob tem pa se kaže tudi nujnost po umestitvi in integraciji storitev dolgotrajne oskrbe v enoten sistem, ki zagotavlja enakopravnost, vključenost in dostopnost vsem, ki takšne storitve potrebujejo.

Dolgotrajna oskrba je lahko tudi odgovor na krizo, ki je posledica pomanjkanja oblik oskrbe, zato nanjo ne smemo gledati kot na strošek, ampak kot na investicijo v drugačne načine nastanitev, v reorganizirane odnose in v krepitev solidarnosti (Mali 2013: 41). Takšna oskrba je osnovana na socialnem modelu in na principu univerzalnosti, saj v ospredje ne postavlja diagnoze ali statusa uporabnika, temveč njegove potrebe in želje. V Sloveniji je velika prepreka glede takšnega uvajanja oblik podpore urejenost dolgotrajne oskrbe v različnih zakonih in večletni poskusi poenotenja le-teh (Flaker 2012: 48).

Prepreke pri uvajanju inovativnih načinov podpore in pomoči starim ljudem lahko najbolj opazimo v utrjenih tradicionalnih oblikah oskrbe. Sodeč po dolgi zgodovini institucionalizacije so ljudje z dolgotrajno stisko skoraj zagotovo prve tarče odhoda v zavod ali bolnišnico. Institucionalna kariera človeka opehari mnogih izkušenj in stikov ter iz njih ustvari posebno skupino.

Razmere kažejo, da so prizadevanja po večini še vedno bolj usmerjena v prestrukturiranje in preoblikovanje kot v zaprtje večjih ustanov, kar povzroča nezmožnost oblikovanja novih oblik bivanja v skupnosti. O resnosti dezinstitutionalizacije zato v tem primeru ne moremo govoriti (Videmšek 2012: 78-79). O dejavnostih, ki so v nasprotju z dezinstitutionalizacijo, piše tudi Rafaelič (2015: 184-185). Ob tem omenja širjenje institucionalnih kapacitet (predvsem varovanih oddelkov), povečanje števila ležišč, prenavo oddelkov in zunanjo preobrazbo ustanov. Še vedno se namreč ogromno sredstev iz javnega zdravstva in socialnega skrbstva steka v institucije namesto v skupnostno skrb. Rafaelič (2015: 40) navaja podatek, da je kar 76 % sredstev namenjenih za institucije. Zlasti je to opazno na področju dela s starimi ljudmi, za katere se gradi vse več domov. Nekateri bi namreč ta problem tradicionalno reševali z gradnjo več in več institucij, kljub temu, da Resolucija nacionalnega programa o socialnem varstvu do 2020 (ReNPSV13-20 2013) napoveduje zmanjšanje institucionalnih zmogljivosti, večji pomen skupnostnih oblik oskrbe in individualizirano plačevanje storitev. Kot primer za to se pojavi tudi Kitajska oziroma kitajska vlada, ki je prejela pohvale za korake v smeri reformiranja in širitve 550 psihiatričnih bolnišnic po vsej državi v dveh letih, v poskusu, da bi izločili bolnike, ki škodujejo družbi in kvarijo njihovo podobo (Seth 2013).

Včasih pa se izkaže, da zgolj z oblikovanjem skupnostnih služb ne zadostimo načelom dezinstitutionalizacije in se ne izognemo transinstitutionalizaciji. Rafaelič (2015: 8-9) opozarja na to, da ima lahko vzpostavljanje služb v skupnosti tudi bumerang učinek zaradi povečanja pomena in pritiska na institucije, ki pogosto ostanejo tiste, ki držijo večino vajeti v svojih rokah. Ko v skupnosti ne zmorejo več dela z uporabniki, le-te pošljejo nazaj v zavod.

Zavod uporabniki še vedno vidijo kot nekaj negativnega, zato se morajo v izogib institucionalizaciji prilagajati skupnostnim službam.

S širjenjem ideje o preselitvah v skupnost se je na ljudi z dolgotrajnimi stiskami začelo gledati na drugačen način. Dolgo časa so bili iz družbe izključeni predvsem tisti, ki so imeli težave v duševnem zdravju in duševnem razvoju. Potem pa se je krog izključenih začel širiti. Skozi čas se je tako izkazalo, da smo z daljšanjem trajanja življenja dosegli tudi povečanje bolnikov s kroničnimi boleznimi in drugimi dolgotrajnimi stiskami (socialne, psihološke, fizične), pri čemer je za samostojno življenje omenjenih skupin prav tako potrebna pomoč sočloveka. Takšno pomoč Rafaelič (2015: 4) opiše kot oskrbo po meri človeka, ki temelji na kolektivnih storitvah. Navezujoč se na to, pa se po izkušnjah avtorice Mali (2013: 16) število oskrbovalcev zmanjšuje, kar povečuje izgorelost tistih, ki so zaposleni, da pomoč priskrbijo ali nudijo, hkrati s tem pa tudi strah, da obljubljene pomoči ne bo moč prejeti, ko bo ta potrebna.

Dolgotrajna oskrba je torej relativno nov pojem, ki se dotika, čeprav je bilo to zanimanje obrobno, tako socialnega dela kot tudi zdravstvenih in drugih disciplin (Flaker *et al.* 2008: 3). Gre za obliko zavarovanja in zagotavljanja varne starosti, ki jo kot paradigmo oskrbe lahko razumemo povsem drugače, kot je po principu starih obrazcev oskrbe in procesov pomoči veljalo do sedaj (Mali 2013: 7). Dolgotrajne stiske so namreč pogosto ostale spregledane oziroma so jih reševali z namestitvijo človeka v stiski v različne institucije. O potrebah te skupine ljudi se je začela strokovna javnost spraševati šele ob pojavu dezinstitutionalizacije, s katero se je tudi začelo razmišljanje in zanimanje o tem, kako ljudje z dolgotrajnimi stiskami pravzaprav živijo, kaj potrebujejo, kakšne so opcije, da bivajo v skupnosti. Takšna vprašanja so se porajala predvsem na področju duševnega zdravja, a so se kmalu začela zastavljati tudi na drugih področjih (Flaker *et al.* 2008: 3). Danes so tako precej aktualna tudi na področju dela s starimi ljudmi.

V Sloveniji imajo ljudje, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, možnost bivanja v domovih za stare ljudi ali pa v posebnih socialnih zavodih po vsej državi, razen v osrednjem delu, kjer takšnega posebnega socialnega zavoda ni (Mali 2013: 8). Takšna skromna ponudba in tudi dolga čakalna doba za sprejem v institucijo pa lahko povzroča izključenost in selitve ljudi po vsej državi ter osebne stiske, ki so s tem povezane.

Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo zato poskuša doseči izenačenost pravic med vsemi upravičenci, ne glede na kraj bivanja ali vrsto pomoči, s čimer bi se jim omogočilo daljše obdobje bivanja v domačem okolju.

Da bi to dosegli potrebujemo med drugim tudi drugačno sodelovanje med zdravstveno in socialno stroko, ki sta na področju oskrbe ljudi z dolgotrajnimi stiskami vodilni (Mali 2013: 7). Pri tem je potrebno novo, posebno polje dolgotrajne oskrbe, ki ne bo poznalo nelogične delitve na zdravstvene in socialne storitve in tudi ne na formalni in neformalni sektor podpore, ampak bo omogočalo sinergijo različnih strok v skupne strategije solidarnosti (Mali 2013: 18). Zato so potrebni novi ukrepi, metode in načela dela, preoblikovanje vrednot. Skratka, potrebne so določene spremembe ob zavedanju, da večina virov zanje že obstaja. Te vire je potrebno le še razporediti na drugačen način (Mali 2013: 9).

Če do spremembe zakonodaje in sprejetja zakona o dolgotrajni oskrbi ne bo prišlo, bo dostop do storitev za mnoge še bolj otežen, delo na črno okrepljeno, storitve slabše kvalitete, razpad javne mreže neizogiben in izstop premožnejših iz nje povečan (Filipovič Hrast *et al.* 2014: 120).

Temu bi se potencialno lahko izognili tudi s postavljanjem različnih ciljev pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe, kot so: spodbujanje neodvisnosti in večanje izbire oseb z dolgotrajnimi stiskami, večja dostopnost programov, ki se izvajajo na domu in v skupnosti, programi podpore svojcem in družinskim članom ter drugim neformalnim pomočnikom. Glavno vodilo pri tem je izboljšanje kakovosti dolgotrajne oskrbe in nege (Flaker *et al.* 2004: 10).

Osredotočanje na to, kje bodo ljudje z dolgotrajnimi stiskami živeli in kako jih podpreti, mora tudi postati pomemben del dolgoročnega načrta politike. Tistim, ki niso institucionalizirani, bi morala biti zagotovljena paleta storitev za ohranitev dosedanje situacije. Tistim, ki se preselijo iz institucij, pa je treba zagotoviti nastavitev, ki je primerna njihovi situaciji.

Zamenjava domov za stare ljudi z drugimi, čeprav manjšimi institucijami (ali nastanitvijo v npr. stanovanjske skupine), bi lahko pomenila ponovitev politike, ki se je izkazala za zgrešeno na področju duševnega zdravja. Ravno zato je pomembno, da se oblikovalci politike in zakonodaje naučijo nekaj iz izkušenj, ki so jih prinesla dogajanja na področju duševnega zdravja. Zapleteni socialni problemi, kot so ti, namreč zahtevajo rešitve, ki temeljijo na razumevanju globine in širine problema, kot tudi spremembe v prevladujočih stališčih in sistemu. Na žalost so dezinstitutionalizaciji in številnim drugim reformam prehitro sledili

nazadovanje in javna brezbržnost, kar je privedlo do številnih razhajanj med pričakovanji in dosežki. Je pa to dobra popotnica za spremembe v prihodnosti (Koyanagi, Bazelon 2007: 6).

2. PROBLEM

Osnovna podlaga za razmišljanje o temi magistrske naloge je bil v prvi vrsti študij na modulu socialno delo in stari ljudje, ki mi je odprl širši pogled na dogajanje na področju oskrbe starejšega dela populacije. Do samega izbora teme za raziskavo je prišlo predvsem zaradi nadaljnjega razmišljanja glede trenutne situacije starih, pomoči potrebnih ljudi, ki zajema v prvi vrsti odlaganje ukrepov za kakovostno starost, zlasti zaradi težnje države po čim večjem prihranku proračunskih sredstev. Posledica tega je tudi oblikovanje oskrbe, ki prinese večjo korist institucijam kot neposrednim uporabnikom. Rezultat takšne politike je tudi ustvarjanje razmer, ki dovoljujejo neorganizirano premeščanje ljudi iz ene institucije v drugo brez razmišljanja o nadaljnjih posledicah za uporabnike.

To lahko zlahka pripelje do preselitvenega procesa transinstitucionalizacije, ki je osrednja tema te naloge, in nakazuje, da so v nekaterih zavodih posledično nastanjeni ljudje, ki bi z ustrezno podporo lahko živeli v skupnosti. Ob tem sem razmišljala v prvi vrsti o situaciji starejših od 65 let, ki živijo v domovih za stare ljudi, psihiatričnih bolnišnicah, posebnih zavodih, zaporih. Spraševala sem se, kaj se z njimi dogaja, ko jim v določeni instituciji niso več sposobni zagotoviti potrebne oskrbe, pa tudi, kdo v takih primerih zagovarja njihove pravice. Kot pomembno dopolnilo izbrani temi sem vključila tudi procesa dezinstitucionalizacije in institucionalizacije, ki sta bila pri raziskovanju transinstitucionalizacije pomembni vodili in usmeritvi, saj sem izhajala iz razumevanja, da lahko napačno vodena in razumljena dezinstitucionalizacija pripelje do novih oblik izključevanja, stisk in zanemarjanja ter služi kot opravičilo za opuščanje skrbi oziroma pomoči. Odpravljanje velikih institucionalnih kapacitet lahko opazno dvigne tako dražje kot cenejše oblike bivanja in oskrbe, ki znižujejo splošen življenjski standard. Pogosto se na uporabnike, preseljene v skupnost, tudi preprosto pozabi.

Ko sem razmišljala o možnostih, da stari ljudje ostanejo v domačem okolju vse do konca svoje življenjske poti, sem ugotovila, da takšna praksa ni običajna. Običajno je, da organiziramo institucionalno oskrbo v domovih za stare ljudi, saj v skupnosti ni dovolj oblik podpore in pomoči, ki bi omogočala drugačne, alternativne in inovativne opcije bivanja v skupnosti in domačem okolju. Ravno takšna organizacija oskrbe pa je tista, ki lahko nadaljuje oziroma sproži proces, ki smo ga že poimenovali transinstitucionalizacija.

Situacija je takšna, da delež starih ljudi narašča, ustanove se na eni strani še vedno dokaj hitro polnijo, posledično se dvigujejo kapacitete v domovih, in to kljub splošnim finančnim težavam prebivalstva. Slednje je najpogostejši razlog za odhod starih ljudi iz domov in vzrok za selitve v cenejše oblike nastanitve (npr. v domove v tujini). Pogosto ostajajo stari ljudje nepreskrbljeni tudi v domačem okolju. Sočasno se gradijo vedno novi domovi za stare ljudi, pri katerih je mogoče zaznati idejo po specializaciji (negovalni domovi, domovi za ljudi z demenco ipd.). O oblikovanju specializiranih domov za stare ljudi (npr. za demenco, za kronično bolne, ki potrebujejo stalno zdravstveno nego, za dokaj samostojne stare ljudi, ki si želijo le družabništva) piše tudi Mali (2009: 106-107). To pa lahko nakazuje tudi na potencialne preselitve v primerih, ko človek nazaduje ali preide iz enega zdravstvenega stanja v drugega, in lahko pomeni prikrito spodbujanje transinstitucionalizacije. Iz tega je očitno tudi to, da stvari na tem področju niso dovolj jasno organizirane niti niso prilagojene potrebam starih ljudi.

Ravno zaradi takšne prakse je, po mojem mnenju, verjetnost selitev in transinstitucionalizacije večja. Takšno preišljevanje je tudi sprožilo moje zanimanje za raziskovanje, ali transinstitucionalizacija poteka v slovenskih domovih za stare ljudi, kako poteka, ali je opazna (kje najbolj), pa tudi, kako zavodi nanjo reagirajo, in ali o tem sploh razmišljajo. Pri tem sem se dotaknila tudi delovanja drugih zavodov v Sloveniji, ki oskrbujejo stare ljudi, ter načina njihovega odzivanja na tovrsten problem. Z raziskovanjem tega področja sem želela dobiti predvsem vpogled v opredeljeno problematiko in ga prikazati z vidika direktorjev in direktoric domov za stare ljudi.

Zastavljanje takšnih raziskovalnih vprašanj se mi zdi relevantno, saj pričakuje odgovore na vprašanja, ki si jih do sedaj še nismo postavljali, in prispeva k dosedanjim znanstvenim dognanjem nova znanja. Ob tem se mi zdi pomembno tudi to, da socialni delavci razmišljamo o tovrstnih prežehih grožnjah predvsem zato, ker vsebujejo socialno delovno tematiko. Posledice transinstitucionalizacije so lahko zelo obširne in predstavljajo edinstvene ovire pri vključevanju starih ljudi v skupnost. Obenem transinstitucionalizacija vpliva na socialno delo, saj prevetri že obstoječe oblike pomoči, pokaže pa tudi na to, da socialno delo ni dobro opravilo svoje naloge. Zato je v izogib temu potrebno dosledno delo, več vključevanja socialnih delavcev pri oblikovanju oblik oskrbe in njenem izvajanju, več samoiniciativnosti in tudi več pristojnosti, ki morajo biti ustrezno nadzorovane, da lahko socialni delavec delo opravi tako, da bo ljudem dobro in bo njihova kakovost življenja višja.

Transinstitucionalizacija lahko opiše tudi nepravilno izvedeno oskrbo ali nepravo izbiro oskrbe, kar predstavlja enega od vzrokov za preselitve. Denimo Resolucija nacionalnega programa o socialnem varstvu do 2020 (2013) pospešuje razvoj skupnostne oskrbe kot prioriteto pri oskrbi starih ljudi, medtem pa transinstitucionalizacija, v nasprotju z resolucijo, ta razvoj zavira in ponovno vodi oskrbo v smer institucionalizacije.

Učinki institucionalizacije in razmere v družbi, predvsem v času krize, lahko vodijo do situacije, v kateri stari ljudje najbolj občutijo posledice pomanjkanja različnih oblik oskrbe. Ker so domovi za stare ljudi najbolj znane in tudi najbolj obremenjene ustanove, v katerih živi najstarejša skupina prebivalstva, ki potrebuje oskrbo, sem se odločila, da bodo te institucije v samem središču izvedene raziskave.

Na podlagi raziskovanja te teme se lahko začnejo odpirati tudi nova in drugačna vprašanja o obstoječih oblikah pomoči starim ljudem ter se spodbudi razmišljanje o tem, kaj pravzaprav stari ljudi zares potrebujejo in si želijo. Prav tako je lahko ta naloga povod za dodatne raziskave na tem področju.

Razmišljanje vnaprej je zato potrebno, da se izognemo morebitnim težavam in posledicam, ki jih prinese transinstitucionalizacija, o katerih pričajo predvsem tuji viri.

RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Pri analizi kvalitativnih podatkov nimamo vedno možnosti navajanja hipotez in spremenljivk; namesto tega lahko opredelim teme, o katerih sem želela dobiti podatke.

Če izhajamo iz vseh dosedanjih spoznanj, lahko ugotovimo, da smo glede oskrbe starih ljudi in njihove institucionalizacije na točki, ko je potrebno začeti razmišljati o ukrepih v prihodnosti. Glede na to, da so hitre rešitve slabe, in da še vedno nimamo strategije za stare ljudi na področju socialnega varstva oziroma je veljavna še vedno strategija, ki se je iztekla že leta 2010, obstaja v zavodih potencialna možnost, da pride do razmaha transinstitucionalizacije. Odpravljanja le-te se moramo lotiti preudarno in načrtovano.

Na podlagi teoretičnega sestavka je mogoče razbrati, da je proces transinstitucionalizacije v tujini ena od prežečih nevarnosti za ranljive skupine, da se njegova pojavnost vse bolj kaže na različnih področjih oskrbe, in da se strokovnjaki s tem problemom že soočajo.

Ali transinstitucionalizacija dejansko obstaja, pa lahko preverimo samo z raziskavami, katerih pa se v Sloveniji še nismo lotili. Ker gre za pojav, o katerem se ne govori veliko, sem poskušala z raziskovanjem dobiti informacije o izbrani temi.

Zato sem se na samem začetku raziskovanja spraševala, kaj o transinstitucionalizaciji meni vodstvo štirih različnih domov za stare ljudi, in kako poteka transinstitucionalizacija (če sploh) v njihovih domovih. Vzporedno s tem sem raziskovala vizijo in cilje direktorjev domov ter njihove strategije reševanja upada števila stanovalcev. Zanimalo me je, kakšne načrte imajo glede institucionalnega varstva, in kako dojemajo dezinstitutionalizacijo, ki jo lahko razumemo tudi kot vzrok za transinstitucionalizacijo. Sočasno s tem sem ugotavljala, kakšna je vloga socialnih delavcev, in iskala možnosti za njihovo večje vključevanje pri tej tematiki.

Nadalje sem pri raziskovanju želela ugotoviti, ali in če, na kak način, poteka transinstitucionalizacija oziroma preselitveni proces starih ljudi iz enega v drugi zavod na področju celotne Slovenije, kako je proces moč opaziti, kakšno vlogo imajo pri tem domovi za stare ljudi, ki so največji prostori institucionalizacije starih ljudi. Zanimalo me je, ali so predstavniki socialnih in drugih zavodov pozorni na ta proces, kako ga zaznavajo in rešujejo, kakšne so njegove posledice za ustanovo in za uporabnike, starejše od 65 let, ki se smatrajo za ranljivo skupino. V ta namen sem teme, o katerih sem se pogovarjala z direktorji, strnila v jasna in odprta vprašanja, katera sem oblikovala na podlagi literature in povezovanja konceptov, ki so mi koristili pri tovrstni tematiki. V obliki spletne ankete sem jih poslala vsem direktorjem domov za stare ljudi v Sloveniji.

V nalogi se tako sprašujem, kakšni so pravzaprav večinski razlogi za tovrstne preselitve, in v katero smer najpogosteje potekajo. Z odgovori na takšna raziskovalna vprašanja sem nameravala priti tudi do podatkov, kaj se dogaja s starimi ljudmi v teh ustanovah, ko jim tam niso več zmožni zagotoviti ustrezne oskrbe, ko uporabniki ali njihovi sorodniki in skrbniki niso sposobni plačevati oskrbe, ali ko se izkaže, da določena institucija uporabniku ne zagotavlja tistega, kar bi mu po predvidevanjih morala, da bi se izboljšalo ali olajšalo njegovo stanje.

Ob vsem tem so me glede premestitev iz ene v drugo institucijo zanimale tudi izkušnje ustanov, kot je zavod za prestajanje kazni zapora. Raziskovalna vprašanja pri tem so bila usmerjena v ugotavljanje poteka oskrbe najstarejših obsojencev med prestajanjem kazni in po preteku prestajanja kazni zapora. Spraševala sem se predvsem, kako jim zagotavljajo pomoč v

najhujših zdravstvenih primerih, kako sodelujejo z drugimi zavodi in, kako ukrepajo ob neizogibnih premestitvah v druge zavode.

3. METODOLOGIJA

3.1 VRSTA RAZISKAVE

Začetna ideja raziskovalnega pristopa je bila izvedba kombinacije kvalitativne in kvantitativne raziskave. Pri slednji sem želela uporabiti predvsem sekundarno analizo obstoječega kvantitativnega gradiva, ki bi ga pridobila na Statističnem uradu RS in Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, s čimer bi podprla zbrane kvalitativne podatke. Takšna metoda bi zadovoljila načelom preverljivosti, sistematičnosti in objektivnosti. Prav tako bi s temi podatki ugotovila stopnjo preselitev starih ljudi iz zavodov, v katerih so, oziroma so bili nastanjeni. Ker pa se je izkazalo, da v programu statističnih raziskovanj nimajo predvidenega zbiranja takšnih podatkov, ne na enem ne na drugem zavodu, takšna analiza ni bila mogoča.

Kljub temu sem skušala pri raziskovalnem delu naloge čim bolj slediti načelu odprtosti za raznolike podatke, ki je eden od temeljev znanstvene objektivnosti (Mesec 1997: 13).

Izvedena raziskava zato ostaja kombinirana, kar pomeni, da sem se poslužila dveh različnih načinov zbiranja podatkov in posledično raziskovanja teme.

V empiričnem delu je tako moč zaznati elemente eksplorativne in izkustvene raziskave.

Eksplorativna ali poizvedovalna raziskava nakazuje uvod v spoznavanje nekega področja problematike (Mesec 2009: 80). Namen takšne raziskave je predvsem seznanitev z novimi pojavi na področju opisane problematike in priprava na poznejša, bolj natančna in globlja raziskovanja.

Kot sem omenila, opravljena raziskava vsebuje tudi elemente izkustvene raziskave (Mesec 2009: 84) zaradi svoje narave zbiranja novega, neposrednega gradiva s spraševanjem, ki ga uporabimo za preverjanje raziskovalnih vprašanj in njihovo dokazovanje (Mesec 2009: 81-84).

Menim še, da je raziskava uporabna, saj je pripravna tudi za neposredne potrebe prakse (Mesec 2009: 85). To pomeni, da bodo rezultati lahko koristili tudi zavodom, kot so domovi za stare ljudi, in Skupnosti socialnih zavodov Slovenije kot nova vrsta podatkov, ki jih do sedaj niso zbirali v svojih evidencah, pa tudi kot povratna informacija za nadaljnje načrtovanje dela, programov.

Izvedena raziskava temelji na kvalitativnih podatkih, katerih vrednosti, zbrane v raziskovalnem procesu, so navedene z besedami. Gre za raziskavo, katere osnovno izkustveno gradivo tvorijo besedni opisi, obdelani in analizirani na beseden način, brez številčnih končnih rezultatov (Mesec 1997: 10-11). Mesec (1998: 28) navaja še tri bistvene značilnosti takšnega raziskovanja, pri čemer raziskovalčeva prizadevanja usmerja na stvarne življenjske probleme ljudi, na sprejemljivost in odprtost za vsestransko različne podatke o raziskovanih ter na proučevanje v vsakdanjem življenjskem kontekstu. V raziskavi sem sledila tem načelom.

3.2 RAZISKOVALNI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV

V raziskavi sem zbirala primarne podatke, in sicer s spraševanjem, tako pisnim kot ustnim. Slednje lahko opišem kot metodo spraševanja, pri kateri sem se poslužila nestandardiziranega intervjuja, saj je potekal na podlagi osnovnih vodil oziroma seznama poglavitnih tem, ki so me zanimale.

Na tak način sem zbirala kvalitativno gradivo s ciljem pridobitve čim bolj vsebinsko bogatega razumevanja na raziskovanem področju. S takimi, sicer kvalitativnimi podatki, sem želela prikazati pojavnost, stopnjo, vzroke in posledice preselitev starih ljudi (65 let in več) iz zavodov, v katerih trenutno so oziroma so bili nastanjeni in preseljeni. Glede na obliko in vrsto zbiranja podatkov so ti primarno obravnavani kot kvantitativni, a imajo zaradi vsebine in nezmožnosti predvidevanja odgovorov na večino vprašanj naravo kvalitativnih podatkov.

Z direktorji in direktoricami domov za stare ljudi, ki so bili pomemben vir podatkov, sem se tako pogovarjala o njihovi viziji in načrtih glede prihodnosti doma za stare ljudi, ki ga vodijo, o njihovem strokovnem mnenju glede institucionalnega varstva in o stališčih, ki jih zavzemajo glede dezinstitutionalizacije. Med pogovorom smo se dotaknili tudi pomoči na domu in drugih oblik oskrbe starih ljudi. Zanimalo me je tudi, če imajo v domovih čakalno dobo, in kakšne kriterije za vstop v dom upoštevajo, če slednje ni. Prav tako me je zanimalo, kakšno oskrbo večina uporabnikov najbolj potrebuje, in kaj se zgodi, če jim potrebne oskrbe ne morejo zagotoviti. Pogovarjali smo se tudi o odhodih starih ljudi iz domov za stare ljudi, razlogih in ukrepih ob tem, preselitvah v druge zavode, prestrukturiranju domov in reinstitutionalizaciji.

V Zavodu za prestajanje kazni zapora Ljubljana sem se s socialnim delavcem pogovarjala o tem, koliko starih ljudi je nastanjenih v zaporu, če so se že srečali s kakšno premestitvijo, in kako so te potekale. Zanimalo me je, če preverjajo, kaj se dogaja s starim človekom, ki zapor zapusti oziroma se preseli, kakšne so posledice preselitev za uporabnike in za ustanovo. Dotaknila sva se tudi sodelovanja z drugimi zavodi, oskrbe starih ljudi v zavodu za prestajanje kazni zapora ter ukrepov, ki se jih poslužijo, če potrebne oskrbe ne morejo zagotoviti. Pogovarjala sva se tudi o samem institucionalnem varstvu, dezinstitutionalizaciji ter načrtih na področju oskrbe starih ljudi v zaporih za prihodnost.

Opisane teme pogovorov so v tem primeru predstavljale raziskovalni instrument.

Za potrebe naloge sem uporabila tudi merski pripomoček, ki ga imenujemo spletni anketni vprašalnik in ga anketiranci izpolnijo sami. Ta merski instrument se mi zdi glede na temo najbolj primeren, saj zagotavlja anonimnost in hkrati prinaša večje število podatkov.

Tak vprašalnik sem sestavila na podlagi literature in predrazumevanja teme ter ga po mentorčinem pregledu oblikovala v spletno anketo 1KA. Poslala sem ga vsem direktorjem in direktoricam domov za stare ljudi. Enako je naredila tudi vodja aktiva socialnih delavk po prošnji za pomoč, ki sem jo naslovila na Skupnost socialnih zavodov Slovenije.

Tak standardiziran vprašalnik je sestavljen iz devetnajstih odprtih vprašanj, ki raziskujejo transinstitutionalizacijo. Za tak tip vprašanj sem se odločila tudi z razlogom, da lahko vsak vprašanec izrazi svoje mnenje, poda svoje izkušnje, pa tudi zato, ker nisem mogla predvidevati dobljenih odgovorov. Zaprtih vprašanj nisem mogla postavljati zaradi narave teme in njene neraziskanosti na področju Slovenije. Vprašanja sem v spletni anketi razporedila na šest strani, njihova postavitve in vsebina pa je razvidna na CD-ju v Prilogi 1.

3.3 POPULACIJA IN VZOREC

V raziskavo sem vključila tri populacije, in sicer:

Prvo populacijo predstavljajo vsi direktorji in direktorice domov za stare ljudi v Sloveniji na dan 2. 11. 2015. Po seznamu Skupnosti socialnih zavodov Slovenije in samostojni analizi spletnih strani vseh domov za stare ljudi sem ugotovila, da je v Sloveniji 72 javnih domov za stare ljudi, vključno z njihovimi dislociranimi enotami. Ker so vir podatkov v raziskavi predstavljali direktorji in direktorice domov za stare ljudi in nekateri izmed njih vodijo več

domov hkrati, sem v raziskavo zajela 54 domov za stare ljudi in posledično toliko direktorjev oz. direktoric.

Ker je bil moj namen vključiti v raziskavo vsako enoto populacije, sem izvedla popolni popis. Vprašalnike oziroma dostop do vprašalnika sem razposlala vsem direktorjem in direktoricam domov za stare ljudi preko elektronske pošte. Zbiranje podatkov je na ta način trajalo dva meseca. V tem času sem anketirance opomnila in prosila za izpolnitev vprašalnika, dvakrat sama in enkrat preko vodje aktiva socialnih delavcev Slovenije. V raziskavi je prišlo do pričakovanega osipa. Vzrok zanj je verjetno velika obremenjenost in delo, ki ga ima tovrstni kader, pa tudi nepripravljenost za odgovarjanje na vprašanja, zlasti, če je teh več in so odprtega tipa. To je mogoče opaziti pri analizi izpolnjevanja spletnega vprašalnika, saj so npr. na prvo vprašanje, ki zahteva od anketiranca zgolj označbo odgovorov na izbrane možnosti, odgovorili vsi direktorji in direktorice domov za stare ljudi. To pomeni, da pri prvem vprašanju ni bilo osipa in je bilo sodelovanje 100 %, pri vprašanju, kjer je bil osip največji, pa ta znaša 33,3 %. Osip za vsako posamezno vprašanje je prikazan tudi na CD-ju v Prilogi 2.

Drugo populacijo prav tako sestavljajo vsi direktorji in direktorice domov za stare ljudi v Sloveniji v letu 2015. V priložen vzorec so zajeti štirje direktorji in direktorice (Dom Tisje, Dom starejših občanov Šiška, dva od direktorjev pa sta izrazila željo po anonimnosti). Za tak vzorec sem se odločila, ker mi je bil najbolj dostopen.

Tretjo populacijo pa sestavljajo socialni delavci in delavke, zaposleni v zavodih za prestajanje kazni zapora; slednjih je bilo v Sloveniji v letu 2015 šest. V prav tako izbran priložni vzorec je bil zajet socialni delavec Zavoda za prestajanje kazni zapora Ljubljana.

3.4 ZBIRANJE PODATKOV

Začetek zbiranja podatkov, ki se dotika transinstitucionalizacije na področju oskrbe starih ljudi, sega v januar 2015. Takrat sem med študijem začela z udejanjanjem raziskovalne ideje. Najprej sem na podlagi ustne prošnje opravila nestandardiziran intervju z direktorico Doma Tisje na učni bazi, kjer sem opravljala študijsko prakso, nato pa sem, prav tako za namene študija, prosila za pogovor na omenjeno temo še dva druga direktorja domov za stare ljudi, ki pa sta izrazila željo po anonimnosti. Zanju sem imela prav tako pripravljene enake teme za pogovor, vendar zaradi časovne stiske nista bila preveč obširna.

Raziskovanje sem nadaljevala decembra 2015, ko sem opravila intervju s še enim od direktorjev doma za stare ljudi, tokrat v Ljubljani. V vseh primerih sem direktorje in direktorice seznanila s temo raziskovanja, s časom, ki bi ga pogovor terjal, in namenom raziskovanja. Na podlagi tega sem se dogovorila za termin srečanja.

Ker bi zgolj z intervjuji lahko izgubila pomembne podatke, sem boljši vpogled v raziskovano situacijo, pa tudi zaradi zadostitve relevantnosti in preverljivosti raziskave, poskušala prikazati z odgovori čim več direktorjev domov za stare ljudi v Sloveniji. Uresničitev tega sem si zastavila tako, da sem na podlagi podatkov na spletu najprej pregledala vse spletne strani domov za stare ljudi v Sloveniji in naredila seznam vseh direktorjev in direktoric ter njihovih kontaktov. Preko elektronske pošte sem jim v novembru 2015 poslala prošnjo za sodelovanje v raziskavi in dostop do spletne ankete. Ker pa sem predvidevala, da so direktorji in direktorice domov za stare ljudi precej zaposleni, sem se po pomoč obrnila še na Skupnost socialnih zavodov Slovenije in jih prosila, da bi jim tudi oni poslali dostop do ankete. Na mojo prošnjo so se odzvali in preko vodje aktiva socialnih delavcev je v decembru spletna anketa zopet prispela na elektronske naslove direktorjev in direktoric. Z zbiranjem podatkov preko spletne ankete sem nato počakala do januarja 2016, ko sem še enkrat sama poslala prošnje za izpolnitev ankete vsem zajetim v popisu, hkrati pa se istočasno zahvalila tistim, ki so do takrat anketo že izpolnili. Zahvala je bila namenjena vsem sodelujočim in ne posameznikom, saj je anketa temeljila na anonimnosti, kar pomeni, da nisem vedela, kdo jo je že izpolnil in kdo ne. Z zbiranjem teh podatkov sem v začetku februarja zaključila.

Sočasno, ko sem zbirala podatke preko spletne ankete in imela za seboj opravljene intervjuje z direktorji in direktoricami domov za stare ljudi, sem začela razmišljati o tem, da bi zbrane podatke še nadgradila in jih povezala z izkušnjami, ki jih imajo v drugih zavodih, kjer so prav tako nastanjeni stari ljudje. Pred ponovnim zbiranjem, tokrat drugačnih podatkov, sem najprej sestavila seznam ustanov, ki bi jih še zajela v raziskavo. To so bile psihiatrične bolnišnice in zapori v osrednjeslovenski regiji.

V tem sklopu zbiranja podatkov sem prav tako najprej napisala prošnje za sodelovanje v raziskavi in jim jih razposlala po elektronski pošti na naslove tajništva, socialnih delavcev in delavk ter direktorjev in direktoric. Tiste, od katerih odgovora nisem dobila, sem poklicala in vprašala, če so prošnjo prejeli in, če so pripravljeni sodelovati v raziskavi za namen magistrske naloge. V tem delu empiričnega študija pa sem naletela na številne težave, izredno slabo odzivnost in nepripravljenost pri posredovanju podatkov. V psihiatrični kliniki, ki ima tudi gerontološki oddelek, so prošnjo zavrnilo z razlago, da s Fakulteto za socialno delo

nimajo sklenjenega nobenega dogovora o sodelovanju in zato ne nameravajo posredovati nikakršnih podatkov. Ker pa bi mi informacije iz takšnega tipa institucije dale lepši vpogled v situacijo, sem želela v raziskavo vključiti kakšno drugo psihiatrično kliniko izven ljubljanske regije. Prošnjo sem naslovila na štiri druge psihiatrične bolnišnice po Sloveniji, a sem od vseh dobila podoben odgovor kot iz prve. To sem na nek način razumela predvsem kot nepovezanost med strokami in nesodelovanje, pa tudi kot nedostopnost teh institucij. Zaradi neuspešnosti pri vključitvi teh enot v raziskavo sem to idejo opustila in iskala možnosti pridobitve kakršnih koli informacij na to temo v Zavodu za prestajanje kazni zapora Ljubljana.

V slednjem sem dobila pritrdilen odgovor na prošnjo in željo, da jim vnaprej pošljem vprašalnik. Ker jasno definiranih vprašanj nisem imela, sem jim poslala seznam tem, ki me zanimajo, in poskušala čim bolj jasno razložiti namen raziskave in področje zanimanja. Intervju sem tako konec meseca decembra opravila z višjim svetovalcem, po izobrazbi socialnim delavcem. Zaradi strogega protokola pogovora nisem smela snemati, saj obstajajo stroga pravila o vnašanju kakršnih koli naprav v zavode tega tipa. Med pogovorom sem si tako beležila najpomembnejše informacije in pozneje doma pogovor poskušala čim bolj natančno povzeti.

3.5 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Z obdelavo podatkov sem začela pri nestandardiziranih intervjujih z direktorjema in direktoricama domov za stare ljudi. Obdelava je potekala tako, da sem intervjuja, ki sem ju z dovoljenjem enega direktorja in ene direktorice posnela, po ponovnem in natančnem poslušanju prepisala v dokument na računalniku in ju uredila tako, da je besedilo prikazano jasno in čitljivo. Intervjuje, ki so potekali brez dovoljenja za snemanje, pa sem zapisala po spominu in zabeležkah, ki sem jih med pogovorom delala. Urejeno gradivo sem nato analizirala tako, da sem vsak zapisan pogovor natančno pregledala in iz odgovorov izločila bistvene podatke oziroma dele besedila, jih določila za enote kodiranja, katerim sem pripisala številko izjave, in jih poimenovala z ustreznimi pojmi. To sem naredila tako, da sem oblikovala tabelo, v katero sem iz zapisanih intervjujev direktno vnesla izjave in njihove oznake, nato pa še določila pojme, kategorije in nad kategorije. Predpisala sem jim torej

ustrezno hierarhijo in nadalje na podlagi tabele odprtega kodiranja izpeljala osno kodiranje, ki mi je služilo za osnovo pri oblikovanju rezultatov.

Postopek obdelave intervjuja, ki sem ga opravila v zavodu za prestajanje kazni zapora je bil enak kot zgoraj opisan način pri analizi intervjujev, opravljenih z direktorjema in direktoricama domov za stare ljudi.

V zavode za prestajanje kazni zapora zaradi strogega postopka vnašanje naprav ni dovoljeno, zato pogovora nisem smela snemati, ampak sem si med pogovorom beležila pomembne informacije in pozneje pogovor poskušala zapisati čim bližje realnemu približku intervjuja. Za potrebe magistrske naloge sem nato iz obstoječega besedila zopet izluščila izjave, ki so se pokrivalo z izbrano temo, jih oštevilčila, izjave pa posplošila in razporedila v tabelo programa Microsoft Office Word, najprej v obliki odprtega in nato še osnega kodiranja. Tako obdelani podatki so mi služili kot dopolnilo ostalim zbranim in analiziranim podatkom.

Podatke, zbrane preko odprtega in standardiziranega anketnega vprašalnika, sem obdelala in nadalje analizirala tako, da sem najprej prenesla zbrane podatke s spleta v Wordov dokument. Tekom zbiranja podatkov preko EnKlikAnketa – 1KA spletne ankete se namreč odgovori sproti nizajo in se avtomatsko shranjujejo drug pod drugim v rubriki Sumarnik analiza. Podobni ali enaki odgovori se v tabeli izpišejo le enkrat, zraven pa se dopiše število enakih odgovorov (npr.: če so štirje vprašanci odgovorili z DA, se v analizi napiše samo en odgovor DA, zraven pa število 4). Spletna analiza vsakemu odgovoru prida še odstotek, frekvenco, njegovo veljavnost in kumulativo, kar pa za našo analizo ni bistvenega pomena, saj so bolj pomembni kvalitativni podatki, ki sem jih nadalje analizirala. Vse dokončno zbrane podatke sem najprej pozorno pregledala in odgovore v novem dokumentu bolj jasno razvrstila pod vsako vprašanje (primer: pod 1. vprašanjem sem drugega pod drugim razvrstila vse odgovore, ki so se nanašali na to vprašanje). S tem sem se znebila tabele, v kateri so bili podatki nanizani, in se omejila na manjše število strani, kar mi je omogočilo lažje pregledovanje podatkov. Enake odgovore (v smislu DA/NE) sem upoštevala samo enkrat, zraven dopisala število teh odgovorov, hkrati pa sem zaradi nadaljnjega lažjega razumevanja in analize odgovorov popravila tudi slovnične napake vprašanih. Kasneje sem vse odgovore oštevilčila in jih prikazala v tabeli v obliki odprtega kodiranja. Zaradi večjega števila zbranih odprtih odgovorov sem analizirala vsako vprašanje posebej. Zaradi tega imajo različni odgovori enako oznako (npr. F1, F2, F3 itd.; slednje ne predstavlja odgovorov ene osebe, ampak različne odgovore različnih oseb).

Nato sem podatke na podlagi tabele in odprtega kodiranja analizirala še s pomočjo osnega kodiranja, pri katerem sem prenesla podatke v drug dokument in jih razporejala po sklopih ter razvrščala od najpogostejših do najmanj pogostih odgovorov. Tako sem lažje razbrala bistvo vseh prejetih odgovorov iz zbiranja podatkov preko spletne ankete.

Ker sem se pri analizi soočala z velikim številom različnih podatkov in posledično težko sledljivostjo in vidljivostjo bistva raziskave, kar mi je povzročalo veliko število strani prejetih odgovorov in kod, sem podatke zaradi lažjega dela in večje preglednosti še enkrat uredila in popravila; zopet v smislu oblikovanja podatkov po principu osnega kodiranja. Drugo osno kodiranje je bilo pravzaprav še dodatno krčenje in urejanje podatkov iz prve serije osnega kodiranja.

Po oblikovanju vseh podatkov iz spletne ankete in razvidnosti bistva raziskave sem odgovore vključila v sklop rezultatov, ki so se pokrivali z rezultati iz analize nestandardiziranih intervjujev z direktorjema in direktoricama domov za stare ljudi. Tem sem dodala še bistvene ugotovitve iz intervjuja, ki sem ga opravila v zavodu za prestajanje kazni zapora.

Analiza je bila zaradi narave odgovorov kvalitativna, tako da je potekala na enak način, kot sem opisala zgoraj pri intervjujih, le da sem pri določenih odgovorih le-te poskušala prikazati v obliki tabele oziroma grafa.

Zaradi preobsežnosti zbranega gradiva določenih prilog, razen vprašalnikov in intervjujev, nisem dodala nalogi, so pa dostopne pri meni. To so:

Priloga 2 – Prikazan odstotek osipa po posameznih vprašanjih s spletnega vprašalnika

Priloga 8 – Podatki s spletnega vprašalnika

Priloga 9 – Odprto kodiranje spletnih vprašalnikov

Priloga 10 – Osno kodiranje spletnih vprašalnikov

Priloga 11 – Drugič urejeno osno kodiranje spletnih vprašalnikov

Priloga 12 – Odprto kodiranje intervjujev z direktorji domov za stare ljudi

Priloga 13 – Osno kodiranje intervjujev z direktorji domov za stare ljudi

Priloga 14 – Odprto kodiranje intervjuja E

Priloga 15 – Osno kodiranje intervjuja E

4. REZULTATI

Iz rezultatov, ki sem jih pridobila iz analiziranih intervjujev in spletnih anket, je mogoče razbrati ugotovitve, ki so v nadaljevanju prikazane po sklopih in zajemajo predstavitev pridobljenih podatkov ter se navezujejo na institucionalizacijo, reinstitucionalizacijo, dezinstitutionalizacijo starih ljudi pa tudi na preselitve in transinstitutionalizacijo te skupine ljudi.

4.1 INSTITUCIONALNO VARSTVO V DOMOVIH ZA STARE LJUDI

Za začetek si najprej pogledjmo, kako poteka institucionalno varstvo v domovih za stare ljudi in na kak način tovrstno obliko oskrbe razumejo direktorji in direktorice domov za stare ljudi. Na tak način bomo pozneje lažje povezali bivanje starih ljudi v drugih institucijah z bivanjem v domu za stare ljudi in naprej s transinstitutionalizacijo.

Na tej točki želim predvsem prikazati trenutno situacijo na področju oskrbe starih ljudi, ki poteka v domovih za stare ljudi, skozi oči direktorjev in direktoric domov za stare ljudi.

4.1.1 LASTNOSTI INSTITUCIONALNEGA VARSTVA

Institucionalno varstvo v Sloveniji še vedno velja za najpogostejšo obliko oskrbe starih ljudi. Še več, velja za najboljšo, najbolj razvito in visoko kakovostno ter strokovno podkovano obliko varstva za starejši del prebivalstva.

Rezultati kažejo, da je navajenost na institucionalno varstvo ob iskanju najprimernejše oblike oskrbe za stare ljudi še vedno trdno zasidrana v mišljenju človeka. Pri nas velja, da je institucionalno varstvo dobro organizirano, najbolj pa potrebno ob primerih bolezni, nezmožnosti samostojnega življenja, osamljenosti in rehabilitaciji starih ljudi. Iz podatkov je tako mogoče zaznati, da so direktorji in direktorice v večini še vedno mnenja, da je življenje brez institucij težko, saj socialna mreža in strokovna podpora še vedno nista dovolj dobro organizirani, da bi omogočali starim, pomoči potrebnim ljudem, samostojno življenje v domačem okolju.

Institucija pa nasprotno zaposluje strokovno usposobljen kader, prav tako pa prihaja do pomembnih sprememb in spremenjenega sistema dela, ki vse bolj zagotavlja celovito oskrbo uporabnika in mu nudi zadovoljstvo: *»Institucionalno varstvo je oblika pomoči, namestitve za ljudi, ki sami niso samostojni in potrebujejo pomoč druge osebe, pa jim tega v domačem okolju zaradi različnih razlogov ni možno nuditi. Torej je v mnogih primerih za osebo institucionalno varstvo edina možnost pomoči, kjer je celostno poskrbljeno za večino potreb uporabnika (M2)«.*

Se pa institucionalna oblika oskrbe primerja celo s hotelsko oskrbo, ki ponuja storitev nege: *»V večini primerov gre že skoraj za hotelsko oskrbo z dodatkom negovalnih storitev (M12)«.*

Ob tem pa se kljub vsemu izpostavlja tudi dejstvo, da ne glede na to vsaka institucija vseeno ni dobra, zlasti, če ne postavlja uporabnika v središče dela: *»Institucije, ki še vedno obstajajo, in kjer se vse vrti le okrog organizacije dela in služb v instituciji, so neprimerne in to ni pravilno. Gre predvsem za domove, ki so medicinsko naravnani. Imamo pa institucije, v katerih se v prvi vrsti zagotavlja kvaliteta življenja starejših, zaposleni pa smo posrednega pomena, nujni, a ne v središču. Delovati moramo tako, da smo čim bolj distancirani, hkrati pa zagotavljati čim večjo samostojnost, avtonomijo, možnost izbire (D21)«.*

Prav tako je iz rezultatov razvidno, da obstaja zavedanje, da je kljub dobri organizaciji takšne oblike varstva to organizirano nepošteno, nakazuje pa tudi na neenakost med starimi ljudmi: *»Menim, da je dobro, žal pa je nepošteno, da so bivalni standardi tako različni med posameznimi domovi, da je glavni akter v ozadju denar, ko se nekdo odloča za posamezni dom (M15)«, »Institucionalno varstvo je žal, glede na ceno storitev, samo za privilegirane, ki jim otroci lahko doplačujejo, ali pa za osebe brez dohodkov, ki jim oskrbo plača občina. Kaj se dogaja z ostalimi, je odvisno od njihove iznajdljivosti, žal (A4).*

Kriteriji za sprejem v dom za stare ljudi naj bi bili enaki za vse, a je iz zgornje trditve razvidno nasprotno.

Sicer pa v domovih upoštevajo v prvi vrsti zakonsko določene kriterije in pravilnike za vstop v dom, določene na državni ravni, in interna določila, ki pa jih, zlasti v kriznih časih, tudi prilagodijo. S tem je mišljena zlasti starostna omejitev, katere ne upoštevajo ob težkih telesnih obolenjih, poškodbah in krizah, pa tudi odpovednih rokov ne upoštevajo vedno:

»Predolgi so odpovedni roki, ki jih ne upoštevamo vedno. Tudi starost 65 let se pogosto ne upošteva, ker je pri mlajših izključnega pomena sprejem zaradi kroničnega težkega

zdravstvenega stanja in nepokretnosti» (B7), »Imamo sobo, namenjeno kriznim namestitvam, pri le-teh upoštevamo druge kriterije (R26)«.

Upošteva pa se tudi razpoložljivost kapacitet, bolezni, občinska pripadnost uporabnika, nujnost sprejema, socialne razmere: *»Prednost imajo domačini in težko bolni, kar je seveda odvisno tudi od trenutne razpoložljivosti sobe (R16)«.*

Kaže pa se tudi, da domovi nekako niso več namenjeni le starim ljudem, ampak počasi postavljajo temelje bolnišnic ali rehabilitacijskih centrov za tiste, ki so bili do sedaj nameščeni kje drugje, saj je v domovih opazno tudi naraščanje števila ljudi, ki so nepomični in potrebujejo popolnoma bolnišnično oskrbo: *»1/2 do 3/4, število zelo variira« (A11), »Nekje 15% jih je popolnoma nepomičnih. Ti so večina v zadnjem stadiju demence« (C13)«.*

4.1.2 POTREBA PO INSTITUCIONALNEM VARSTVU

Rezultati zasledujejo prepričanje, da ni vedno mogoče kvalitetno preživljati starosti v domačem okolju in zato potreba po institucijah narašča. Takšno varstvo naj bi bilo, sodeč po rezultatih: *»Vedno potrebno za določen segment ljudi (težko gibalno ovirane, zelo dementne) (M24)«, zaradi tega pa je: »Potreba po njihovem obstoju in razvoju velika. V kolikor so institucije socialno usmerjene in izhajajo iz uporabnikov, so nujno potrebne in tudi dobro delajo – v zadovoljstvo uporabnikov (M3)«.*

Rezultati kažejo, da obstaja velika potreba po takšni vrsti oskrbe starih ljudi, saj dobro poskrbi za njihove potrebe, zlasti pa je nepogrešljiva ob bolezenskih stanjih, osamljenosti, nesamostojnosti, saj jim hkrati zagotavlja tudi varnost: *»Varnejši dom za osebe, ki ne vidijo izhoda v domačem okolju zaradi različnih vzrokov (odnosi s svojci, nasilje, premoženje, finančne težave, zdravstvene težave (M18)«.*

Drugi največji razlog, ki izkazuje potrebo po institucionalnem varstvu, predstavlja zaposlenost družinskih članov, njihova neusposobljenost in nezmožnost zagotavljanja primerne oskrbe: *»Ob današnjih družbenih razmerah in dolgotrajni zaposlenosti je institucionalno varstvo nujno potrebno. Družine pogosto več ne zmorejo poskrbeti za nepokretne starejše, kadar gre za ljudi z demenco, pa je skrb za obolele lahko zelo naporna in izčrpavajoča za svojce (M6)«.*

Po mnenjih direktorjev in direktoric so institucije nujne v primerih, ko družina zares ne zmore skrbeti za starega človeka. Pri tem pa se izpostavlja tudi spornost predloga Zakona o

dolgotrajni oskrbi: »Iz tega zakona, ki ga sedaj pripravljajo, je razvidno, da pade veliko bremena nazaj na družine, kar je zelo težko, saj spraviš celo družino v stisko. Kje piše, da družina to zmore, da zna pomagati? In v tem primeru so institucije nujne. Kaj pa, če si kdo želi v institucijo? Na švedskem so recimo zaprli vse domove in začeli z oskrbo na domu, ampak so ljudje ugotovili, da domove potrebujejo (D27)«.

Kar se tiče institucionalnega varstva pri nas, gre torej za obliko oskrbe, katera zagotavlja staremu človeku pomoč in aktivnosti, ki mu jih drugje za enkrat ni mogoče priskrbeti: »Ko druge oblike oskrbe starejšemu več ne zagotavljajo ustrezne oblike pomoči, je ta oblika potrebna. V domovih imajo stanovalci neprimerno več možnosti družabnega življenja, boljše oskrbo in zdravstveno nego (M27)«.

Vseeno pa institucionalnega varstva ne smemo jemati kot edine možnosti za zagotavljanje kakovostnega staranja. Starim ljudem moramo zagotoviti možnost izbire in soodločanja, prijaznejšo in dobro oskrbo ter na podlagi tega dejstva obliko institucionalne oskrbe jemati zgolj kot eno izmed možnosti:

»Institucionalno varstvo je dobro za uporabnike, ki se za to vrsto pomoči odločijo samostojno. Za uporabnike, ki jih v institucije nameščajo svojci proti njihovi volji, pa je to nekaj zelo težkega in vodi v stisko starih ljudi. Osebno si želim, da bi se razvijale službe v skupnosti, in da bi lahko ljudje ostali v svojem domačem okolju, saj lahko določena institucija še tako dobro zagotavlja svojo storitev, pa to ne bo dobro za človeka, ki je tam na silo (M33)«.

Iz slednjega je možno razbrati tudi potrebo po ustanavljanju služb in storitev v skupnosti, ki so lahko pomembno in zelo koristno nadomestilo pa tudi dopolnilo institucionalnemu varstvu. Vse več vodij ustanov namreč spodbuja ideje o manjših domovih za stare ljudi: »Zagovarjam idejo o manjših domovih (max 20 oseb), ki morajo biti grajeni iz prijaznih materialov s pridihom domačnosti (M14)«.

Iz povedanega je torej razvidno, da sogovorniki sicer res spodbujajo čim daljše življenje v domačem okolju, kljub temu pa menijo, da institucije morajo obstajati, saj so za nekatere stare ljudi edina dobra rešitev. Ob tem pa se izpostavlja dejstvo, da se lahko zaradi organizirane oblike pomoči starim ljudem tudi skupnostna oskrba pojmuje kot neke vrste institucija in bo zato potrebovala še dosti časa, da bo postala dobro sprejeta rešitev pri oskrbi starih ljudi. Potrebovala pa bo tudi še veliko načrtovanja: »Seveda za tem stojijo tudi kulturna in zgodovinska ozadja, sama struktura družine, obseg pomoči na domu je premajhen in

neprimerno organiziran. Problem je zlasti organizacija same oskrbe v skupnosti. Če se zakonsko določenih 20 ur smiselno razporedi, ni težav, ampak pri nas za enkrat še ni te smiselne organiziranosti (D26)«.

Odnos do institucij je po mnenju direktorjev in direktoric dober in pozitiven. To in potrebo po takšni obliki oskrbe je mogoče izluščiti tudi iz čakalnih vrst, ki jih ustvarja. V veliki večini je kljub finančnim razmeram v družbi čakalna vrsta še vedno prisotna, se pa tudi stalno spreminja in je odvisna predvsem od regije namestitve, pričakovane vrste oskrbe ter standarda sobe. Razpon čakajočih na sprejem v dom za stare ljudi se tako razteza od nič pa do 650 ljudi. Ocenjeno v roku trajanja čakalne dobe znaša to od nič do dve leti, v povprečju pa se čaka od nekaj tednov do mesecev.

Kljub temu se je pokazalo, da domovi niso več tako polno zasedeni, kot so bili v preteklosti. Izjema so eno / dvo posteljne sobe, standard sobe in varovana enota. Prazne postelje so predvsem v več posteljnih sobah: *»Je pa odvisno, kje; na varovani enoti je na razpolago manj mest in je treba kar počakati oz. takšnega stanovalca sprejmemo na druge enote doma in ga poskusimo integrirati, če se le da, z ostalimi stanovalci. V več posteljnih sobah ni čakalne dobe. Trenutno imamo aktivnih vlog 32, aktualnih pa 12. Ampak tudi, če jih pokličemo, pogostokrat rečejo, da še ne bi prišli, čeprav je vloga aktualna (C9)«.*

Predvsem v domovih v osrednji Sloveniji je zasedenost domov najbolj očitna, kar je razvidno iz sledeče izjave: *»Čakalna doba za sprejem v dom je pri nas minimalno dve leti in pol, za demenco pa celo do 5 let. Pri nas še ni prišlo do tega, da bi imeli proste kapacitete, Ljubljana je še vedno tisto mesto, ki nima dovolj razpoložljivih mest (D32)«.*

Ob nezasedenih kapacitetah pa se v domovih za stare ljudi soočajo zlasti s problemom odsotnosti dohodka, kar slabo vpliva na njihovo poslovanje in obstoj: *»Res je, da nimamo praznih postelj, še dobro, ker si tega tudi gospodarsko ne moremo privoščiti, ker se sami financiramo. Če imamo prazne postelje, to pomeni, da ni prihodka. Mi imamo pa tukaj zaposlene ljudi, določen kadrovski normativ za polno število mest (C8)«.*

4.1.3 ODHODI IZ INSTITUCIJ

Pogoste so situacije, ko se star človek težko sam odloči za življenje v instituciji ali pa za preselitev od tam, zato pogosto namesto njega sprejmejo odločitev kar svojci. Ali je ta odločitev dobra ali ne, pa se sprašujejo tudi direktorji domov. Vse več je namreč izpisov oziroma odhodov iz domov za stare ljudi in premestitev v druge institucije. Razlogi za to so

najpogosteje finančni (izguba sredstev, kot je na primer varstveni dodatek), izboljšanje zdravstvenega stanja, bližina domačega kraja in sorodnikov ter odhod po začasni namestitvi (po rehabilitaciji, počitniški namestitvi, namestitvi v domu v času dopusta sorodnikov).

Sicer se odstotek odhodov na letni ravni giblje od ena do deset, kar pomeni od enega pa do 17 primerov, v povprečju pa je nekje med 3 - 5 odhodov na leto.

Direktorji in direktorice se zavedajo, da je za stare ljudi bolj prijetno življenje v domačem okolju, hkrati pa so skeptični glede tega, ali je za njih tam ali pa v drugih ustanovah poskrbljeno tako, kot bi moralo biti. Kljub vsemu pa odločitev ljudi za preselitve ne preverjajo (razen, ko obstaja verjetnost reinstitucionalizacije), a so bolj pozorni v določenih primerih, ob ekonomskih krizah in, kadar ocenijo, da za preselitvijo stoji kaj drugega kot želja starega človeka: *»So pa stari ljudje normalni ljudje in ni razlogov, da bi preverjali njihove odločitve. Smo pa pri kakšnih primerih bolj pozorni. Dogajalo se je, da so ljudje odhajali v največjih krizah in doma služili kot edini vir prihodkov. Smo pozorni, če ni v ozadju za preselitvijo še kaj drugega (D18)«*. Kljub temu pa so do nekaterih preselitev bolj zadržani kot do drugih: *»V določenih primerih mi res nismo primerna ustanova, npr.: ko gre za oskrbo človeka, ki potrebuje nego 4. intenzivna nega, ko potrebuje 24-urno nego in ima priključene razne aparate. V takih primerih je primernejša bolnišnica (D35)«*.

4.1.4 TEŽAVE V INSTITUCIONALNEM VARSTVU

V institucionalnem varstvu prihaja do težav, kot so, poleg osamljenosti, ki jo povzroča takšno življenje, in vpliva na dojetje institucij, tudi neprofesionalno delo, ki ne spoštuje zasebnosti uporabnika, in dejstvo, da se postavlja prednost učinkovitosti dela in ne življenjski plati uporabnika. Težava je tudi slabo organizirana razpršenost in pomanjkljiva ponudba domov za stare ljudi in drugih zavodov po Sloveniji, kar povzroča selitve uporabnikov iz ene v drugo regijo, oblike dela in programe, ki delujejo prisilno, pa tudi star in strokovnemu delu neprilagojen kadrovske normativ ter nesledenje spreminjajočim se potrebam starih ljudi: *»Težava danes je, ker smo preveč kapitalistično naravnani in se gleda le učinkovitost, ne pa življenjska plat (D25)«, »Preveč je ponudbe in malo povpraševanja (kar se tiče domov za starejše osebe nad 65 let). Premalo posebnih socialnovarstvenih zavodov, zato so pritiski za sprejem mlajših od 65 let v splošne domove za starejše veliki (M17)«*.

Težave nastajajo tudi zaradi zmanjšane zanimanja po institucionalnih oblikah varstva, kar poskušajo domovi rešiti z reorganizacijami in prenovami, s čimer želijo pritegniti uporabnike in se izogniti odhodom iz institucije.

Rezultati prikazujejo še težavo, ki jo institucijam zadajajo nekatera društva, ki iz ekonomskih razlogov črnijo domove za stare ljudi: *»Vidik, da so institucije slabe, širijo predvsem društva, ki bi se rada polastila denarja, za katerega mislijo, da je v obtoku, saj menijo, da država kar daje denar domovom. Društva so v celoti vezana na državni proračun in se morajo prijavljati na razne razpise in je to verjetno tudi njihov motiv (D31)«.*

Ne nazadnje pa predstavljajo večjo težavo tudi stroški, ki jih imajo uporabniki z domom. Če so le-ti previsoki, dom zapustijo, se odločijo za ustanovo, ki je cenejša, ali pa koristijo minimalno število ur pomoči na domu in patronažno službo. Eno od opažanj kaže, da se zaradi tega domovi nenačrtno specializirajo, iščejo pa se tudi rešitve, kako ukrepati: *»V zadnjem času vedno bolj postajamo negovalna bolnica, zato bi bila smiselna preureditev v dom za paliativno oskrbo (A2)«.* Eni vidijo rešitev drugje: *»Mi smo v letošnjem in lanskem letu kar precej usposabljali za paliativno oskrbo; ena možnost bi bila, da bi imeli enoto Hospica ali paliativni oddelek ali pa negovalni oddelek, kot ga imajo v bolnicah. Rakave bolezni, težke kronične bolezni, če bi bilo tega veliko, bi morali začeti razmišljati tudi o spremembi našega statuta in se ukvarjati s kakšno drugo dejavnostjo, na primer z zagotavljanjem pomoči tistim z Downovim sindromom, ki potrebujejo pomoč in živijo danes dlje časa kot v preteklosti, tako da njihovi starši umrejo, in potem potrebujejo nekoga (C15)«.* Se pa razmišlja tudi o malce drugačnih rešitvah, kot jih prikazujejo prejšnji odgovori: *»Tukaj bi lahko imeli vrtec, samo je potem potrebno prilagoditi prostore. Vsekakor je treba biti fleksibilen. Je vseeno 120 zaposlenih in je treba najti možnosti za razvoj (C16)«.*

Zaradi številnih sprememb in gospodarske krize direktorji intenzivno razmišljajo o prihodnosti in iščejo nove možnosti za razvoj. Ob tem pa razvijajo različne strategije, ki zajemajo sprejetje programov, storitev in spoštovanje navodil s strani države. Odzivi za boljšo prihodnost zavodov so zaznani tudi v stalnem razmišljanju, iskanju rešitev ter delu na tem, da so uporabniki institucionalnega varstva, pomoči na domu in socialnega servisa čim bolj zadovoljni, da so storitve kvalitetne in odprte v skupnost, kjer zajemajo širši del lokalnega okolja, s čimer spodbujajo predvsem medgeneracijsko sodelovanje.

V namen zagotavljanja kakovostnih storitev se domovi za stare ljudi poslužujejo še strategij, kot so prenove sob in drugih prostorov, ki omogočajo najvišjo mero zasebnosti in vključenosti uporabnika.

V največji meri pa se izognejo preselitvam in odhodom iz institucije z delom na preventivi in sodelovanjem z uporabnikom, kar pomeni spoštovanje njegove volje in želja.

Kot sem lahko ugotovila, imajo direktorji različne ideje o tem, kako bi se lahko prestrukturirali ali razvijali naprej. Pri tem pa jih močno ovira zakonodaja, nepripravljenost nekaterih ustanov za sodelovanje in povezovanje, pomanjkanje finančnih sredstev, navodila ministrstva ter druge, predvsem prostorske in tehnične ovire: *»Še vedno ni akcijskih načrtov. Dom bi moral biti servis starejši populaciji. Razpršenost storitev pa ne dosega pravih rezultatov (B1)«, »Imeli smo idejo, da bi imeli oddelek za rehabilitacijo, da bi bili nekakšna podaljšana roka SOČE, pa je bila SOČA tista, ki se s tem ni strinjala (C20)«.*

Zaradi takšnih težav se mnogim zdi smiselna izločitev iz sistema javnega sektorja, saj domovi niso deležni proračunskih sredstev.

4.2 REINSTITUCIONALIZACIJA

Iz rezultatov sodeč je mogoče ugotoviti, da ima večina domov za stare ljudi s tem procesom izkušnje; ker so odprti za potrebe uporabnika, jih spoštujejo in se poskušajo njihovi situaciji prilagoditi. Brez težav dopuščajo tudi možnost povratka, če se izkaže potreba po tem.

Da pa do reinstitucionalizacije pride, mora za to obstajati določen razlog. Kot najpogostejši so se v raziskavi izkazali zlasti bolezen, poslabšanje zdravstvenega stanja po prej uspešni rehabilitaciji v domu za stare ljudi, nezmožnost samostojnega življenja in povečana potreba po pomoči in oskrbi. Razlogi so lahko tudi nezmožnost prilagoditve drugje, neprimerne bivalne razmere v domačem okolju in materialna stiska družine, ki je pogost vzrok za odhod, pozneje pa je razlog za ponoven sprejem potreba po oskrbi oziroma nezmožnost družine zagotavljati ustrezno in primerno oskrbo v domačem okolju: *»Po kakšnih poškodbah stari ljudje izkoristijo možnost bivanja v domu z namenom rehabilitacije (fizioterapevtska, delovno-terapevtska obravnava, pomoč pri dnevnih aktivnostih ...). Po okrevanju se vrnejo domov in se vračajo v dom za stare ljudi v primeru, da se zdravstveno stanje tako poslabša, da samostojnega bivanja ne zmorejo več (I1)«, »Pretežno se vračajo zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja ali zaradi socialne problematike. Z nizkimi pokojninami ne morejo vzdrževati stroškov lastnega gospodinjstva (I19)«.*

To pa še zdaleč niso vsi razlogi za reinstitucionalizacijo. Mednje lahko štejemo tudi smrt partnerja, dobre vtise in zadovoljstvo, ki ga je institucionalno varstvo pustilo pri uporabniku,

kot razlogi za odhod so se pokazali neupoštevanje hišnega reda, zloraba alkohola, težave v vedenju ter ponovna namestitvev po prenehanju teh razlogov, pa še boljša klima, oskrba in prijetnejša okolica, iz katere se je vrnil.

V raziskavi se je tako izkazalo, da reinstitucionalizacija ni redek pojav, in da do nje najpogosteje pride zaradi poslabšanja psihofizičnega stanja. Do nje lahko pride tudi zaradi želje po prihranku, kar se na koncu izkaže ravno nasprotno: *»Ja, to se še vedno dogaja. Namreč določena oseba se je preselila v upokojenski blok za par let, da bi samostojno živela in si kaj prihranila, da bi pomagala otrokom. Ugotovila je, da je tam porabila še vse prihranke, ki jih je ustvarila za čas bivanja v domu in se vrnila v dom z obžalovanjem, da je to selitev naredila (B16)«*. Pa tudi po začasnem varstvu: *»To so bili uporabniki, ki so bili nameščeni jeseni in so tu do marca ali aprila in grejo čez poletje domov. Ali pa so takšni, ki so prišli po operaciji, bolezni, poškodbi, kapi. In so imeli tukaj rehabilitacijo, fizioterapijo. In so bili tukaj eno ali dve leti in so se tako rehabilitirali, da so odšli domov in so še vedno doma. Take primere imamo, so pa zelo redki« (C19)*. So pa opazni tudi primeri ponovnih prihodov v dom za stare ljudi po določenem času bivanja v domačem okolju: *»Smo imeli nekaj primerov, ko so bili uporabniki nekaj časa doma, po določenem času pa so vrnili nazaj v dom, brez predsodkov in težav, saj so vedeli kam grejo (D17)«*.

4.3 DEZINSTITUCIONALIZACIJA

V raziskavi me je zanimalo tudi, kako direktorji in direktorice razumejo proces dezinstitucionalizacije na področju oskrbe starih ljudi. Za slednje se je izkazalo, da ta koncept predstavlja v prvi vrsti zmanjšanje števila institucij in širitev služb v skupnosti, pa tudi kot razvoj oblik pomoči in storitev, ki omogočajo starim ljudem varno bivanje v domačem okolju ob ustrezni oskrbi: *»Starejši si želijo, da bi starost preživljali doma, kar jim je v okviru zmožnosti njihovih bližnjih in ostalih oblik pomoči potrebno omogočiti (N23)«*.

Pri tem pa je zanimivo tudi razmišljanje v smeri, da lahko poteka dezinstitucionalizacija tako znotraj in zunaj institucij: *»Dezinstitucionalizacija znotraj (individualno načrtovanje storitev) in izven institucije (razviti pomoč na domu) (N24)«*, ob spodbujanju bivanja v domačem okolju, ustrezni pomoči, socialni urejenosti in zakonodaji.

Dezinstitucionalizacija je pri nas najbolj razumljena kot storitev pomoči na domu, pa tudi kot oskrba v manjših domovih za stare ljudi in v obliki gospodinjskih skupin, kar naj bi starim ljudem omogočalo kvalitetnejše preživljanje starosti in njim prilagojeno zagotavljanje

pomoči: *»Veliko lažje je za starega človeka, da ostane v domačem okolju in se okolje in instituti pomoči prilagajamo njemu: npr. pomoč na domu (N19)«.*

Kljub vsemu pa na dezinstucionalizacijo gledajo z rahlim zadržkom in prepričanjem, da je: *»Smiselna tam, kjer ljudje še v veliki meri lahko sami poskrbijo zase oz. za svoje dnevne aktivnosti (N16)«.* Prav tako se kaže, da dezinstucionalizacija na področju oskrbe starih ljudi ni pretirano razširjena, saj se institucija že tako ali tako smatra kot prostor oskrbe za najbolj pomoči potrebne in zadnja opcija, ki nastopi, ko so izčrpane vse ostale možnosti oskrbe in zagotavlja lažjo in boljšo oskrbo: *»Uporabnik koristi storitve institucionalnega varstva zato, ker v domačem okolju ni zadovoljivo, ali pa je celo nemogoče poskrbeti za njegove potrebe oz. mu nuditi ustrezno oskrbo. Vse redkejši so primeri, ko v zavod pridejo samostojni uporabniki, kar pomeni, da se za zavod odločijo, ko so res izkoriščene vse druge možnosti. V takih primerih je praktično smešno govoriti o dezinstucionalizaciji starih ljudi. Vsaj v trenutni državni ureditvi glede skrbi za starejše (N15)«.*

Pri tem se lahko dotaknemo tudi njene precenitve in nesmiselne izpeljave na račun potrebne oskrbe: *»V vsakem primeru ne bo mogoče kar po čez izpeljati dezinstucionalizacije. Še vedno se bodo potrebovali domovi, samo ti naj bodo manjši in prijaznejši (B4)«.*

Izpostavljeno je tudi mnenje, da dezinstucionalizacijo na področju oskrbe starih ljudi omogoča predvsem finančna stiska: *»V zadnjem času so starostniki "itak" v domačem okolju dokler je le mogoče, ker je marsikdaj njihova pokojnina edini vir za preživljanje brezposelnih otrok (A3)«.*

Prav tako pa je mogoče iz rezultatov zaznati, da lahko dezinstucionalizacija dela krivico institucionalizaciji: *»Če govorimo o dezinstucionalizaciji, hitro posplošimo, da so institucije nekaj slabega in, da moramo iti na boljše. Ni nujno, da je institucija nekaj slabega (D28)«.*

Iz zbranih podatkov je mogoče razbrati še, da dezinstucionalizacijo spremlja trenutna aktualnost tega pojma, da gre za proces, ki je pravzaprav težko obvladljiv, čeprav dobrodošel, in katerega posledice se lahko pokažejo v obliki nasilja in odtegotovanja oskrbe starim ljudem. Lahko pa se izkaže tudi kot predrugačeno institucionalno varstvo: *»Razumem to besedo kot modno besedo, ki je aktualna in moderna v današnjem času v Sloveniji (N28)«, »Predstavlja predvsem problem, da bodo ljudje, ki ne živijo v urbanem okolju spregledani, osamljeni (N27)«.*

Vseeno pa obstaja manevrski prostor in možnosti, ki spodbujajo dezinstucionalizacijsko gibanje in so vidne v preoblikovanju vrednot, oblikovanju novih in drugačnih služb in storitev

ter oblik oskrbe starih ljudi, razvoju programov skrbi in vzpostavitvi podpornih oblik v lokalnih okoljih in spodbujanju že znanih oblik pomoči, kot so: pomoč na domu, socialni servis, varovana in oskrbovana stanovanja, gospodinjске skupnosti, dnevno varstvo. Še vedno ostaja potreba po večji izbiri in širši ponudbi storitev, lažji dostopnosti in nižjih cenah le-teh. Dezinstucionalizacijske ideje lahko udejanjamo predvsem tako, da zagotavljamo fleksibilne storitve, ki starim ljudem zagotavljajo kvalitetno življenje v domačem okolju, in to takrat, ko jih uporabniki zares potrebujejo in ne zgolj takrat, ko ima izvajalec čas.

Možnosti za spodbujanje dezinstucionalizacije pa so še v ustvarjanju več možnosti začasnih namestitev ob dopustih, v oblikovanju mobilnih služb delovne terapije in fizioterapije, spodbujanju prostovoljstva, večji povezanosti patronažne službe in socialnih oskrbovalk, večji povezanosti profesionalnih organizacij z društvi upokoencev, invalidskimi in nevladnimi organizacijami, vzpostavitvi ravnovesja med storitvami na trgu, ki bodo omogočale starim ljudem izbiro in želen način preživljanja starosti, večje vključevanje institucij v lokalna okolja, sodelovanje z društvi, vrtci, šolami in zagotavljanje palet storitev v bolj odročnih krajih, ki bi omogočale, da stari ljudje ostanejo doma: *»Zagotovo pa je, vsaj v bolj odročnih občinah, potrebno zagotoviti paleto storitev, ki bi starim ljudem omogočila, da ostanejo doma (O20)«.*

Kar se tiče samega vpliva dezinstucionalizacije, ga lahko razdelimo na dva pola, in sicer na enem pogledamo, kako vpliva na stare ljudi, in na drugi strani, kako deluje na izvajalce oskrbe.

Ugotovitve kažejo, da ima po mnenju direktorjev in direktoric domov za stare ljudi dezinstucionalizacija predvsem pozitivne učinke na stare ljudi, saj jim omogoča bivanje v domačem okolju in jim daje možnost izbire oskrbe: *»Starim ljudem ugaja biti čim dlje časa v domačem okolju. A istočasno potrebujejo tudi družbo vrstnikov, krepitev veščin, kar pa je lažje v skupnosti (O15)«.* Pozitiven vpliv dezinstucionalizacije se vidi predvsem tam, kjer so ljudje odklonilni do ustanov, in če le-ta omogoča upoštevanje individualnih potreb ter značilnosti starih ljudi.

Dezinstucionalizacija pomeni tudi povečanje kvalitete bivanja v domačem okolju in daje starim ljudem možnost soodločanja in večjo individualizacijo storitev, kar dobro vpliva na starost in staranje. Kljub vsemu pa je potrebno biti pri tem pazljiv, saj ima dezinstucionalizacija lahko dober vpliv na stare ljudi le v primeru, če zares zvišuje kvaliteto življenja in je urejena tako, kot mora biti: *»Dobro, potrebno pa je upoštevati želje in potrebe*

starega človeka in paziti, da je zaščiten, če sam ni sposoben zaznati morebitnih možnih zlorab (O23)«.

Ker smo ljudje različni, je potrebno upoštevati tudi to. Zavedati se moramo, da ima dezinstucionalizacija lahko na stare ljudi negativen učinek, da nekaterim koristi, drugim pa ne: *»Mnogim starim ljudem bi bilo ljubo, če bi lahko ostali do konca v domačem okolju, drugim iz različnih razlogov (osamljenost, nerazumevanje v matični družini, nasilje nad starimi...) bolj ustreza institucionalno varstvo (O6)«.* Rezultati govorijo, da se storitve dezinstucionalizacije obnesejo predvsem tam, kjer imajo ljudje razvito neformalno mrežo, medtem ko pri osamljenih in bolnih ljudeh za enkrat to še ni opcija: *»Socialna oskrbovalka lahko posveti človeku le tisto uro, ko je pri njemu, medtem ko ostali čas ostaja sam. Tega v domu za stare ni, saj so vedno prisotni stanovalci ali osebje. Če se želijo umakniti, se vedno lahko vrnejo v sobo oz. v prostor, kjer se počutijo domače (O18)«.*

V rezultatih pa se kažejo tudi slabosti dezinstucionalizacije, kot so težave pri prilagajanju na drugačen ritem življenja, kot so ga bili uporabniki navajeni pred dezinstucionalizacijo, in v obliki obremenitve ob neustrezni oskrbi: *»Če v domačem okolju ni poskrbljeno za vse potrebe posameznika, je vpliv odhoda v domače okolje tudi za starega človeka obremenitev, kljub temu, da so pripravljeni svoje potrebe zmanjšati na minimum (O5)«.*

Kot je bilo rečeno, ima dezinstucionalizacija lahko precejšen vpliv tudi na izvajalce oskrbe. Rezultati pravijo, da na tem področju še ni prišlo do večje revolucije, da nekateri direktorji in direktorice z dezinstucionalizacijskimi idejami še nimajo izkušenj, oziroma menijo, da: *»Kako bi/bo dezinstucionalizacija vplivala na izvajalce oskrbe, bo pokazal čas, verjetno je potreben miselni preskok pri vseh vključenih (O5)«.* So pa tudi tukaj mnenja deljena. Nekateri vidijo dezinstucionalizacijo za izvajalce predvsem kot slabost in nanjo gledajo z zadržki in strahom, saj lahko ta pomeni za ustanovo korak v neznano ter spremembo miselnosti in ustaljenih oblik dela. Vidijo pa jo tudi kot logistični, kadrovski in finančno večji zalogaj, ki težko zdrži finančno projekcijo. Napoveduje manjše povpraševanje po njihovih storitvah in preobremenjenost izvajalcev oskrbe: *»Trenutni razpoložljivi izvajalci oskrbe v skupnosti so že sedaj preobremenjeni in se celo pojavlja čakalna doba za pomoč na domu (O24)«.*

Na drugi strani pa prevladuje mnenje, da dezinstucionalizacija na izvajalce oskrbe nima bistvenega vpliva, saj je povpraševanja po institucionalnem varstvu veliko in ni bojazni po propadu te oblike oskrbe. Sicer pa naj bi bil ta proces tako ali tako: *»Že vključen v*

vsakodnevno delo, stanovalcem briše meje med institucionalnim varstvom in domačim okoljem (O13)«.

Se pa na podlagi širjenja dezinstitutionalizacijskega vpliva odpirajo tudi nove priložnosti za izvajalce oskrbe, saj jo nekateri jemljejo kot dobrodošlo zaradi možnosti širitve mreže uporabnikov, pri čemer je žal vprašljiva cena takšne oskrbe in njen nadaljnji razvoj: *»Za izvajalce oskrbe - v okolju je to absolutno dobrodošlo, saj se jim bo s tem širila mreža uporabnikov, vprašanje pa je, kako bo cena storitve vplivala na to, dokler bo to plačljiva storitev, zato bi bilo dobro čim prej urediti sistem zavarovanja za dolgotrajno oskrbo in prosto izbiro storitev, ki pa je žal dosedanji predlog ne zajema (O7)«.*

Ker je potrebno gledati v prihodnost razvojno, nekateri menijo, da dezinstitutionalizacija omogoča nadgradnjo njihovih storitev, prilagoditev programov, ki so res naravnani na uporabnike, povezovanje s skupnostjo, možnost inovativnega dela, več zaposlovanja in izobraževanj ter večjo fleksibilnost: *»Za izvajalce to pomeni možnost izvajanja storitev, zaposlovanja, inovacij, socialno varnost (O20)«,* ob tem pa bo potrebnega tudi: *»Veliko prilagajanja (O21)«.*

4.4 PRESELITVE STARIH LJUDI

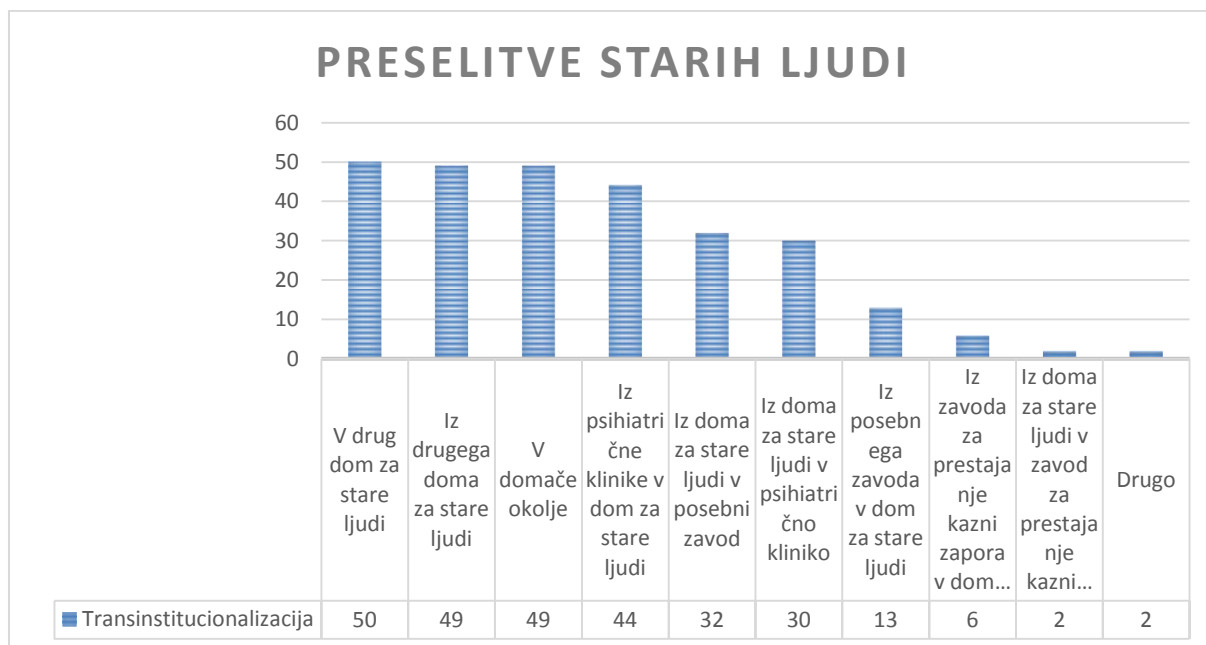
Kar se tiče preselitev starih ljudi iz ene institucije v drugo, so te opazne in zaznane predvsem, ko potekajo iz drugih zavodov v domove za stare ljudi. Seveda pa so identificirane tudi preselitve, ki tečejo v obratni smeri.

Na splošno je potek tovrstnih preselitev brez posebnosti in poteka v obliki standardnega sprejema v ustanovo, in sicer: *»To se stalno dogaja, skladno z vloženimi prošnjami se le-ta obravnava, poskuša se pridobiti čim več objektivnih podatkov, na podlagi katerih se presoja, ali bo ta oseba lahko zaživila v našem domu (F19)«.* Preselitve so opravljene s pomočjo socialnega delavca, na željo uporabnika in njegovih sorodnikov oziroma skrbnikov.

Iz razmišljanj vodstva in njihovih načrtov lahko potegnemo vzporednico s preselitvami in transinstitutionalizacijo, saj so vsi ti pojavi med seboj zelo prepleteni.

Kar se tiče izbrane teme, je iz rezultatov mogoče razbrati, da je preselitev v širšem pomenu veliko, da pa ni zbranih natančnih podatkov o njih ali vodenih posebnih evidenc o preselitvah.

Na tem mestu, ko je govora o preselitvah oziroma premestitvah starih ljudi, podajam graf, ki prikazuje, kam se stari ljudje najpogosteje preseljujejo, nadalje pa še bolj podrobno predstavim rezultate za vsak primer preselitve, ki se tiče določene ustanove.



Graf 1: Preselitve starih ljudi

Graf prikazuje najpogostejše preselitve starih ljudi iz ene v drugo institucijo. Pri izrisu grafa sem upoštevala odgovore štirinapetdesetih direktorjev in direktoric, ki so imeli možnost označiti, s kakšnimi preselitvami so se v njihovem domu že srečali. Številka pod grafom prikazuje primere preselitev. Z njih lahko vidimo, da so po izkušnjah vprašanih najbolj pogoste selitve starih ljudi v druge domove, sledijo preselitve iz drugih domov in v domače okolje. Pogoste so tudi selitve iz psihiatrične bolnišnice v dom za stare ljudi. Temu sledijo preselitve iz domov za stare ljudi v posebni zavod in obratna situacija od prej omenjene – iz doma za stare ljudi v psihiatrično bolnišnico. Nekaj manj preselitev poteka iz posebnih zavodov v dom za stare ljudi in iz zavoda za prestajanje kazni zapora ter iz doma za stare ljudi v zavod za prestajanje kazni zapora. Pod drugo so vprašani navedli preselitve v in iz splošnih bolnišnic pa tudi v domove za stare ljudi v tujini (Hrvaška).

Tudi sogovorniki so potrdili, da transinstitucionalizacija pri nas poteka. Sicer ne tako pogosto, kot je bilo zaznati v preteklosti in v tujini, a je kljub temu opazna. Največ preselitev poteka iz enega v drug dom za stare ljudi, na oziroma iz psihiatrije, posebnih socialno varstvenih zavodov. Pogoste pa so tudi preselitve oziroma premestitve iz splošnih bolnišnic ter iz zasebnih domov. Najmanj je premestitev iz zavoda za prestajanje kazni zapora.

4.4.1 SPLOŠNI RAZLOGI ZA MEDINSTITUCIONALNE PRESELITVE STARIH LJUDI

V nadaljevanju bom pri vsaki preselitvi navedla najpogostejše razloge zanje. Na tem mestu pa naj izpostavim tiste splošne razloge za preselitve, ki so iz rezultatov razvidni. To je predvsem in zagotovo v prvi vrsti finančna stiska in nezmožnost plačila oskrbnin, kar vpliva na to, da uporabniki dom za stare ljudi zapustijo in iščejo cenejše namestitve drugje. To pa vpliva tudi na samo oskrbo, ki velikokrat ni zadostna, lahko pa se izkaže tudi nasprotno - da je še boljša: *»Večinoma prihajajo k nam iz javnih zavodov in od koncesionarjev. Pri slednjih so razlogi predvsem ekonomski, višje cene. In, ko pridejo k nam, spoznajo, da za nižjo ceno dobijo višjo kvaliteto oskrbe. Koncesionarji po mojem mnenju dajo preveč na lepe sobe in premalo na samo oskrbo, tako da prodajajo predvsem bivalni standard, in to zelo drago. Res je, da pri nas sobe niso najlepše, gradimo pa predvsem na oskrbi, na odnosih (D13)«.*

Drug najpogostejši razlog je izboljšanje zdravstvenega stanja uporabnika, uspešna rehabilitacija in ponovno pridobljena sposobnost samostojne skrbi zase. V teh primerih se preselijo stari ljudje nazaj v domače okolje, so pa ti isti razlogi v primeru poslabšanja stanja vzrok za ponovno priselitev.

V drugačnih primerih, kot denimo pri težavah v duševnem zdravju in duševnem razvoju, so ti navedeni kot razlog preselitve: *»Razlog preselitve ni nikoli samo starost, za namestitev npr. v posebni socialno varstveni zavod je potrebno, da imajo uporabniki težave v duševnem zdravju ali duševnem razvoju (F24)«.*

Naprej so splošni razlogi za preselitve bližina domačega kraja in sorodnikov. Ti so razlog, da si uporabniki želijo namestitve v drugem domu ali ustanovi, saj jim to veča verjetnost, da bodo imeli več obiskov: *»Navajenost na domače okolje, znanci, obiski svojcev, ker jim razdalja pomeni veliko breme in stroške (T31)«.* Ovira pri tem je bila predvsem preselitev v druge regije (štajerska in prekmurska) zaradi prenapolnjenosti domov v osrednjeslovenski regiji in čakanja na sprostitev tamkajšnjih kapacitet.

Drugi razlogi pa so še nezadovoljstvo z oskrbo in bivalnim standardom, slabi odnosi, nezmožnost oskrbe doma, brezposelnost sorodnikov in ekonomski interes slednjih: *»Preživljanje s pokojnino starega človeka (T16)«,* odselitev k novemu partnerju, težka prilagoditev na življenje v domu za stare ljudi: *»Se zgodi tudi, da se stanovalec ne more navaditi na bivanje v domu in se vrne domov (T4)«,* pa še želja po spremembi okolja, iztek kazni zapora in socialna problematika.

4.5 TRANSINSTITUCIONALIZACIJA

4.5.1 PRESELITVE, KI POTEKAJO MED DOMOM ZA STARE LJUDI IN PSIHIATRIČNO BOLNIŠNICO

Preselitve iz domov za stare ljudi v psihiatrično bolnišnico oziroma na oddelek za psihiatrijo so precej pogoste, celo tako zelo, da ponekod niso več zmožni sprejemati novih stanovalcev: *»Iz psihiatrije smo 20 let nazaj ogromno sprejemali, zdaj pa ne več. Imamo sami toliko primerov demence, da praktično iz psihiatrične redko kakšnega sprejmemo«*. Potekajo na podlagi napotnice domskega psihiatra, po njegovih navodilih in v soglasju z uporabnikom in sorodniki: *»Iz doma v bolnišnico odhajajo na zdravljenje z napotnico našega domskega zdravnika in se po zdravljenju ponovno vrnejo k nam (G11)«*. Iz slednjega je opazna tudi reinstitucionalizacija, ko se po izboljšanju stanja uporabniki ponovno vrnejo v dom za stare ljudi. Moramo pa se zavedati, da so tovrstne preselitve naporne za vse udeležene in lahko zato lažje potekajo zgolj ob sodelovanju in vključenosti vseh akterjev (uporabnik, sorodniki, zdravnik, zdravstveno-socialna služba).

Razlogi za preselitve te vrste so različni in vključujejo predvsem zdravstvene težave, s čimer v prvi vrsti mislim na napredovanje bolezni demence, potrebe zdravljenja, vzpostavitev ustrezne terapije in nezmožnost nudenja oskrbe v domu za stare ljudi: *»V psihiatrično bolnišnico je bila napotena gospa, ki ji zaradi napredovane demence nismo zmogli nuditi ustrezne oskrbe oz. stalnega nadzora. Gospa je namreč potrebovala varovani oddelek, s katerim v domu ne razpolagamo. S skrbnikom smo uredili odpust, za gospo pa se je našla namestitev na varovanem oddelku drugega zavoda (G1)«*.

Nadalje lahko govorimo o preselitvah zaradi težav v duševnem zdravju, omenja se tudi nevodljivost uporabnika, nasilje, agresija, ogrožanje varnosti stanovalcev in osebja: *»V psihiatrično bolnišnico zaradi poslabšanja psihičnega stanja (demenca, shizofrenija, blodnjavost, hud nemir...). Sicer ima naš dom za stare svojo psihiatrinjo vendar je v primeru, da je nemir hud in je poleg prisotna še begavost, nasilje, dobro, da gre oseba s takšnimi težavami v bolnišnico, kjer jo lahko res 24 ur opazujejo strokovnjaki in zanjo poiščejo ustrezno rešitev (G21)«*.

Obstajajo pa tudi primeri preselitev zaradi storitve hujših dejanj: *»Šlo je za preselitev iz doma v psihiatrično bolnico. Šlo je za hudo dejanje s smrtnim izidom, ki ga je storil stanovalec*

doma in je bil s strani zdravnika poslan na psihiatrično zdravljenje. Baje je bil kasneje po več letih ta stanovalec nameščen v posebni socialnovarstveni zavod (F6)«.

Iz zapisanega je mogoče razbrati tudi, da nemalokrat kmalu po preselitvi iz doma za stare ljudi v psihiatrično bolnišnico pride še do ene preselitve, in sicer iz psihiatrične bolnišnice v posebni zavod: *»V psihiatrično ustanovo smo ga namestili v postopku prisilne hospitalizacije, nato pa je bil iz bolnišnice premeščen v posebni zavod (G20)«.*

Tudi preselitev, ki potekajo v obratni smeri, torej iz psihiatrične bolnišnice v dom za stare, ni malo, potekajo pa v tesnem sodelovanju socialne službe v psihiatrični bolnišnici in domu za stare ljudi, sorodnikov in centra za socialno delo.

Te selitve potekajo na podlagi predloga ali oddane vloge za preselitev oziroma sprejem in po dogovoru med socialnimi službami ter ob razpoložljivih kapacitetah: *»Ljudje imajo vlogo za v dom, so pa namešчени prej v psihiatrično bolnišnico. Ko je zdravljenje zaključeno in je prosto mesto, se uredi sprejem. Seveda, če je zdravstvena indikacija primerna za naš dom (F21)«.*

Tudi tukaj ima bolezen, predvsem demenca, glavno vlogo, saj do preselitev najpogosteje pride po končanem zdravljenju v psihiatrični bolnišnici oziroma tamkajšnji začasni obravnavi uporabnika: *»Pogosto so starostniki zaradi psihičnih težav sprva hospitalizirani, kasneje, po stabilizaciji stanja, pa jih socialna služba namesti v domove (F14)«.* Ob priselitvi v dom se takšne uporabnike največkrat naseli na tako imenovani varovani oddelek: *»Osebe so bile k nam premeščene iz psihiatrične bolnišnice na zaprt, varovani oddelek, zaradi demence oziroma zdravstvenega stanja (F31)«.*

Namestitve po zdravljenju v psihiatrični bolnišnici, kateri sledi bivanje v domu za stare ljudi, so pogoste zaradi pomanjkanja drugih oblik oskrbe, nezmožnosti samostojnega življenja v domačem okolju po končanem zdravljenju v psihiatrični bolnišnici pa tudi zaradi bližine domačega kraja in urejenosti bolezni: *»Zaradi bližine doma smo omogočili premestitev prosilcu iz UKC - psihiatrični oddelek. Premestitev je bila možna zaradi urejenosti bolezni, rednega jemanja terapije. Gospod je imel urejeno skrbništvo za poseben primer. Bivanje v našem domu je mogoče, ker gospod ni moteč do sostanovalcev in se vsaj delno vključuje v aktivnosti, ki jih dom ponuja (F9)«.*

4.5.2 PRESELITVE, KI POTEKAJO IZ ENEGA V DRUG DOM ZA STARE LJUDI

Najpogostejše preselitve so zagotovo te, ki potekajo iz enega v drug dom za stare ljudi. Vzrok temu je v prvi vrsti odhod po nujni začasni namestitvi tam, kjer so na razpolago proste kapacitete: *»Smo imeli nekaj primerov selitve v druge domove po Sloveniji, in sicer takrat, ko so starostniki izbrali naš dom le za prehodno obdobje - za čas, da se je sprostilo prosto mesto v najbližjem domu njihovega stalnega bivališča (H20)«.*

Zelo veliko vlogo odigra pri tem bližina domačega okolja in sorodnikov ter selitev tja, kjer obstaja večja verjetnost, da bodo imeli več obiskov: *»Najbolj pogoste so selitve zaradi bližine stalnega bivališča, saj navajajo, da jih bodo lahko obiskovali prijatelji ali pa že imajo prijatelje v domu za stare, kamor se želijo preseliti (H23)«.*

En izmed pomembnejših dejavnikov, ki vpliva na okoliščine preselitve, pa je seveda tudi cena domov za stare ljudi in stroški, ki so s tem povezani: *»Imeli smo dva primera, ko so svojci preselili starostnike, zaradi nižjih oskrbnih stroškov, tudi v bližnje domove na Hrvaško (H20)«.*

Do preselitev prihaja tudi zaradi pomanjkanja enoposteljnih sob – zelenega standarda bivanja, nezadovoljstva v prejšnjem domu za stare ljudi, želje po spremembi okolja in želje po boljši oskrbi.

4.5.3 PRESELITVE, KI POTEKAJO MED DOMOM ZA STARE LJUDI IN POSEBNIM SOCIALNO VARSTVENIM ZAVODOM

Tudi v posebnih socialno varstvenih zavodih so nastanjeni stari ljudje. Ti so namreč: *»Oblikovani tako, da so v njih nastanjeni tudi starejši ljudje, tako da oskrba ni problem, saj so tam usposobljeni za gerontološko obravnavo (D7)«.*

Se je pa izkazalo, da so tovrstni zavodi najbolj možni prostori, v katere se naseli ljudi, ko zanje v VDC-jih ali stanovanjskih skupinah ne morejo poskrbeti: *»So pa varstveno delovni centri, ki imajo svoje skupine in na nek način izvajajo tudi obliko institucionalnega celodnevne varstva. Tam pa nastane večji problem. Dom pri njih ne obstaja in gredo pogosto (iz VDC-jev in stanovanjskih skupin), ko se postarajo, v posebne socialno varstvene zavode. Dutovlje ima na ta račun uporabnike kar iz 57 občin, ker gre res za posebni zavod (D8)«.*

Kot smo omenili že v eni od prejšnjih točk, so bile izpostavljene selitve v posebne socialno varstvene zavode v veliki meri po neuspešnih premestitvah v psihiatrično bolnišnico. Razlog za to je v nezmožnosti nudenja ustrezne oskrbe v domu za stare ljudi: *»Bili so primeri premestitve v posebni zavod, preden je bil v naši enoti odprt varovani oddelek (G16)«,* pa tudi zaradi težav v duševnem zdravju in nevodljivosti uporabnika, nasilja nad stanovalci in osebjem, ali pa je do preselitve prišlo na podlagi želje uporabnika.

Prihaja pa tudi do preselitev v obratni smeri – torej do preselitev iz posebnega socialno varstvenega zavoda v dom za stare ljudi, a v dosti manjši meri, kot je bilo moč videti v prejšnjih primerih. Do njih pride predvsem na podlagi želj uporabnikov ali pa po izpolnjeni starosti za sprejem v dom za stare ljudi. Ob tem se pokažejo težave zaradi zahtev po posebni obravnavi teh uporabnikov in njihove navajenosti na drugačen režim dela ter pomanjkanja kadra: *»V letošnjem letu smo beležili en primer vselitve v naš dom iz posebnega socialno varstvenega zavoda, saj je stanovalec domačin. Ko je dopolnil starostni pogoj, smo izvedli preselitev v naš dom. Sprva ni bilo nobenih težav, kasneje pa so se izkazale težave pri tem, ker ta stanovalec potrebuje in zahteva veliko več pozornosti kot ostali starostniki v našem domu, saj je bil navajen na drugačen režim dela, ki je vpeljan v posebnih socialno varstvenih zavodih in tam imajo tudi predpisane številčno višje kadrovske normative (F20)«.*

4.5.4 ZAVOD ZA PRESTAJANJE KAZNI ZAPORA

Direktorji in direktorice domov za stare ljudi imajo redke izkušnje s takšnimi preselitvami, zato v nadaljevanju navajam rezultate iz intervjuja, ki sem ga opravila s socialnim delavcem v Zavodu za prestajanje kazni zapora Ljubljana.

Trenutno število obsojencev po starosti in spolu je: *»V letu 2014 je bilo na dan 1. 1. 2014 zabeleženih 47 obsojenih moških v starostni skupini od 59 - 69 let in 9 obsojenih žensk v isti starostni skupini. Med letom je bilo na novo sprejetih 62 moških in 9 žensk v omenjeni starostni skupini. Bilo pa je zabeleženih tudi 5 moških, starejših od 69 let, in ena ženska, starejša od 69 let. V tej starostni skupini od 69 let dalje je bilo med letom na novo sprejetih 7 moških in 1 ženska. Skupaj to znaša 141 obsojencev oziroma 127 moških in 14 žensk (E1)«.*

Teh premestitev je v praksi najmanj, po izkušnjah enega od direktorjev doma za stare ljudi pa zajemajo največkrat osebe, ki so mlajše od 65 let: *»Pred leti je uporabnik iz našega doma odšel na prestajanje zaporne kazni - šlo je za osebo, mlajšo od 65 let (G25)«.*

Po izkušnjah sogovornika so bile premestitve iz zaporov v druge institucije že v preteklosti precej redke. Če pa je do njih prišlo, je bil postopek dosti manj zakompliciran in zbirokratiziran, kot je danes: »V preteklosti samih premestitev iz zavoda za prestajanje kazni zaporov v druge institucije ni bilo veliko. Če pa je do tega prišlo, definitivno ni bilo tako zakomplicirano, kot je to danes, ko je ogromno birokracije. Takratni dogovori o premestitvah so bili predvsem interni, kar pomeni, da je denimo zavodski psihiater poklical psihiatra v psihiatrično bolnišnico, mu povedal primer, nato pa so se zmenili za premestitev, če je bila na voljo prosta postelja. Vse je bilo torej dosti lažje (E16)«.

Danes poznamo premestitve, ki se izvedejo z nalogom sodišča ali pa na podlagi odločbe: »En način je z nalogom, ki ga odredi sodišče in kjer se gleda zgolj na dolžino kazni, kar se mi ne zdi v redu. Dogaja se namreč, da se obsojenec, zlasti starejši, navadi na določen zavod, in ga potem takšna preselitev spravi s tira in si je tudi ne želi. Druga vrsta preselitve pa je premestitev z odločbo, ki se meni zdi bolj pozitivna in koristna, saj je dogovorjena. S takšnimi premestitvami (predvsem v dom za stare ljudi) so obsojenci tudi dosti bolj zadovoljni (E25)«.

Razlogi za tovrstne premestitve so zloraba alkohola, nasilje, neplačevanje stroškov pa tudi požig nepremičnine/lastnine: »Pogosto prihaja do primerov, ko pride do premestitve starejših ljudi iz pripora v zapor. To je predvsem posledica nasilja v družini. Pri nas je opazno vzrok temu zlasti alkohol pa tudi neplačevanje stroškov in celo požig nepremičnine, lastnine (E15)«.

Do premestitev pa prihaja tudi zaradi preobremenjenosti določenih zaporov in zaradi slabega zdravstvenega stanja obsojencev: »Če je oseba zelo oslabela se ji lahko tudi prekine kazen, če tako odredi generalni direktor. To pomeni, da se počaka, da se njeno stanje popravi, da se rehabilitira, in nato nadaljuje kazen (E29)«.

Premestitve pa potekajo tudi ob nezmožnosti zagotavljanja ustrezne oskrbe v zaporu: »Če pride do takšne situacije, ko oskrba, katero lahko tukaj nudimo, ni dovolj, so premestitve seveda najbolj na mestu in zato tudi najbolj primerne (E28)«, na podlagi varnosti in ob upoštevanju individualnega načrta.

V določenih primerih se lahko poslužijo tudi bolj izrednih ukrepov, kot je odlog kazni, kar pomeni, da se kazen prestavi na čas po zaključeni obravnavi v nekem drugem zavodu - na primer po zdravljenju v psihiatrični bolnišnici ali na podlagi drugih individualnih in posebnih okoliščin. Poznamo pa tudi pogojni odpust, za izvedbo katerega je pristojna posebna komisija, in pa pomilostitev, do katere lahko pride le na podlagi predloga, ki ga izda sam zavod, in je izvedena s strani predsednika države.

Kaj se s starim človekom po prestani kazni dogaja, ne preverjajo: »Vsaj ne formalno, saj naše pristojnosti v takšnem primeru ugasnejo. Se pa primer preloži na center za socialno delo (E18)«, kar pa nekaterim bivšim obsojencem ni všeč: »So se že slišale tudi pritožbe bivših obsojencev češ, da prej se z njimi stalno ukvarjamo, jim pomagamo... nato pa s pretekom kazni popolnoma pozabimo na njih (E19)«.

Glede nastanitev starih ljudi po preteku kazni je situacija sledeča: »Nastanitve po prestani kazni, na novo in za tiste, ki so prej živeli drugje oz. v drugačnih okoliščinah so takšne, da je bilo lani odpuščenih 132 starejših oseb. 104 ljudi je odšlo v domače okolje, 7 se jih je namestilo pri sorodnikih, 9 v podnajemniški sobi, 4 v samskem domu, pri 8 pa ni urejene nastanitve (brezdomstvo) (E14)«.

Sama oskrba starih ljudi v zaporu ne odstopa bistveno od oskrbe ostalih obsojencev. Če pa se staremu človeku v zaporu stanje drastično poslabša, se ga namesti v bolniško sobo znotraj zapora: »Vsak zavod za prestajanje kazni zapora mora imeti bolniško sobo, ki je primerna za osebe, ki potrebujejo drugačno, torej predvsem zdravniško oskrbo (E20)«, ta pa je v Ljubljani samo ena, kar ne zadostuje potrebam: »Pri nas imamo eno samo bolniško sobo, kar je dolgoročno gledano premalo, saj se kazni daljšajo, ljudje postajajo starejši, kar nekaj je tudi invalidnih. Vseeno pa imamo v takšnih primerih posluh in jim poskušamo najti pomoč, ki je primerna njihovemu stanju (npr. hrano prinašamo v sobo) (E22)«. Zaradi tega pa poskušajo reševati tovrstne primere čim bolj individualno, poslužujejo se tudi premestitev in redno preverjajo zdravstveno stanje obsojencev: »Pri nas sta bila dva primera, ko je bila starejša oseba na vozičku. Glede na to, da je naš zavod star, seveda posledično ni dovolj arhitektonsko primeren za takšne primere. Zaradi tega se zna zgoditi, da se človeka premesti v Koper ali na Dob v zapor. Tam je nastanitev zanje primernejša, zlasti v Koprju, kjer stoji relativno nov zavod. Se pa takšni primeri rešujejo individualno in je marsikaj odvisno od samih okoliščin in situacije, v kateri se človek znajde (E21)«.

Za boljše zagotavljanje oskrbe starih ljudi, ki so obsojeni, pa se trenutno še raziskujejo trendi in iščejo zgledi v tujini: »V prihodnosti se pripravljajo drastične spremembe na tem področju, ki pa so trenutno še v raziskovalni fazi in se ne ve točno, kako bi jih izvedli. Raziskujejo se predvsem trendi in izkušnje iz tujine, ki pa jih nato poskušamo udejanjiti tudi v naši praksi (E35)«. V prihodnosti se tako načrtujejo spremembe v obliki Novele ZIKS, ki naj bi: »Stopila v veljavo s 1.6.2016 in naj bi zagotavljala bolniški oddelek za ljudi, ki potrebujejo več oskrbe.

Tak oddelek naj bi bil na Dobu (E23)« in kot probacijske službe: »V delu so pa tudi probacijske službe, ki zajemajo različne tehnike dela (E36)«.

Kar se tiče razumevanja zavoda za prestajanje kazni zapora kot institucije, zagotovo obstaja potreba po takšnem varstvu, obstaja pa tudi potreba po delu z obsojenimi ljudmi: *»Prišlo je do velikega napredka v razvoju vseh institucij. Definitivno so nekatere ustanove potrebne, potrebno pa je tudi delo z ljudmi, ki potrebujejo pomoč pri prilagajanju na nove in drugačne življenjske okoliščine (E33)«.* Zapori so institucije posebnega tipa, že zato, ker predstavljajo ustanovo, v kateri si tamkajšnje namestitve človek ne izbere sam: *»Na področju zaporov je stvar malce bolj komplicirana, saj gre za nastanitev, katero si ljudje sami ne izberejo (E34)«.*

Vsekakor je zato dezinstucionalizacija na področju kazenskega pravosodja težko izvedljiva, v prvi vrsti zaradi vsesplošne varnosti: *»Menim, da je o dezinstucionalizaciji na področju kazenskega pravosodja težko govoriti, saj so nekateri ljudje nevarni tako sebi kot drugim (E32)«.*

PREMESTITVE IZ ZAVODA ZA PRESTAJANJE KAZNI ZAPORA V DOM ZA STARE LJUDI

Na podlagi odgovora direktorja doma za stare ljudi vidimo, da: *»Zapori nimajo urejene potrebne oskrbe za stare ljudi. So pa na to področje stopili bolj zasebniki, ker imajo prazne kapacitete in sprejemajo vse kar je, tudi zaradi dobička, ki ga imajo na ta račun (D6)«.*

S tem se lahko delno strinjamo, vseeno pa, kljub redkim takim preselitvam, te obstajajo. Po mnenju intervjuvanca pa so velikokrat težko izvedljive zaradi neangažiranosti domov za stare ljudi: *»Postopek ni ravno enostaven in tovrstne premestitve niso lahko izvedljive. Dom za stare ljudi mora pokazati veliko mero angažiranosti, ki pa je po navadi ne (E9)«.* Vzrok temu so zlasti predsodki in strah, ki vplivajo na odločitve o sprejemu obsojenca: *»Ko nekdo prestane kazen, s seboj prinese predsodke, ki vplivajo na odločitve, ki jih drugi sprejemajo o tej osebi. Enostavno rečeno, ljudi je strah (E10)«.* Če pa so zmožni pozabiti na predsodke in do premestitve pride, se izpelje standarden postopek sprejema. Pri tem pa se pogosto okoliščine sprejema zadržijo zase, o čemer priča naslednji izsek iz intervjuja: *»Ko smo našli dom, ki je bil pripravljen sprejeti bivšega obsojenca, je potem stekel standarden postopek sprejema. Smo pa dom zaprosili, da zaradi predsodkov in strahu ne pove, kdo ta oseba je (E12)«.* Tudi strah pred sprejemom takšnega uporabnika se je na koncu izkazal za neutemeljenega: *»Bivši obsojenec je bil v domu zadovoljen in ni prihajalo do nikakršnih*

težav. Čeprav je želel, da bi se ga namestilo v dom starejših v njegovem lokalnem okolju, pa smo presodili, da to ne bi bila dobra ideja, zaradi njegove preteklosti – alkohola (E13)«.

Se pa ob tovrstnih premestitvah iz zapora v dom za stare ljudi pokažejo tudi olajševalne okoliščine pri sprejemu, in sicer v obliki pokojnine obsojenca: *»Se spomnim primera, ko je prišlo do premestitve v dom za stare ljudi. Pri tem pa je pomagalo tudi dejstvo, da je oseba imela svoje dohodke – pokojnino (E11)«.*

PREMESTITVE MED ZAVODOM ZA PRESTAJANJE KAZNI ZAPORA IN PSIHIATRIČNO BOLNIŠNICO

Opisan primer preselitve starega človeka iz psihiatrične bolnišnice v zapor je potekal na podlagi poziva sodišča: *»Primer, ko je obsojeni prišel na prestajanje kazni s pozivom sodišča. Bil pa je prej na zdravljenju v psihiatrični kliniki (E2)«.*

Do preselitev v psihiatrično bolnišnico oziroma na oddelek psihiatrije iz zapora prihaja zlasti zaradi potrebe ambulantnega zdravljenja, zaradi zasvojenosti in motenj v duševnem razvoju, katere zdravijo v posebni enoti za forenzično psihiatrijo, kjer ni potrebno zagotavljati posebnega varstva, kot je bilo to potrebno prej v psihiatričnih bolnišnicah, saj že sama enota zagotavlja posebno varovanje: *»V okviru UKC Maribor imamo enoto za forenzično psihiatrijo, s 45 posteljami. Tja se namestijo osebe iz zapora, ki imajo duševne motnje in so sprejete tja po napotku zavodskega psihiatra. Tam so seveda zaposleni tudi pravosodni policisti. Prej je bilo potrebno zagotoviti v psihiatričnih bolnišnicah posebno varovanje, čemur smo se s takšnim forenzičnim oddelkom izognili (E6)«.* Ob takih premestitvah pa je potrebno zagotoviti varstveno nadzorstvo in aktivirati center za socialno delo: *»Pri tem pa je potem seveda potrebno zagotoviti varstveno nadzorstvo take osebe. Celotno stvar nadzira tudi center za socialno delo. Se pa v takih primerih vzpostavi sodelovanje z zavodskim psihiatrom, ki bedi nad človekom, ki pride v težave, stisko (E5)«.*

PREMESTITVE IZ ZAVODA ZA PRESTAJANJE KAZNI ZAPORA V POSEBNI SOCIALNO VARSTVENI ZAVOD

Takšne premestitve niso pogoste, se pa sogovornik spomni primera, ko je do nje prišlo na željo obsojenca po prestani kazni: *»Je prišlo do preselitve obsojenca v zavod Hrastovec, ampak na lastno željo obsojenega. To je bilo po prestani kazni in tja sva ga s pravosodnim policistom spremila (E7)«*. Nepripravljenost na takšno bivanje pa je pri bivšem obsojencu povzročila šok: *»Je pa bil sam bivši obsojenec precej šokiran nad življenjem v tistem zavodu. Šokirali so ga predvsem sami stanovalci, njihovo obnašanje in način življenja, saj tega ni pričakoval (E8)«*.

4.6 ODZIV USTANOVE OB PRESELITVI UPORABNIKA

Ustanove se na preselitve odzovejo različno. Nekatere uporabnika spremljajo tako, da preverijo, kaj se z njim po preselitvi dogaja, ohranijo s preseljenimi stike, socialni delavci pa se neformalno obveščajo o dogajanju v novem okolju uporabnika: *»Bivši stanovalci nam velikokrat pišejo, svojci pa po telefonu povejo o novostih v drugem domu. Občasno se tudi s stanovskimi kolegi iz drugega doma pogovorimo o našem in kasneje njihovem stanovalcu doma (J9)«*. Sicer pa se že pred samo preselitvijo preveri, kako bo organizirano življenje uporabnika. V primeru, da se preseli v domače okolje, se obvesti pristojen center za socialno delo. Stiki se ohranijo tudi zaradi možnosti reinstitucionalizacije ali ob koriščenju pomoči na domu ter v okviru individualnega načrta: *»Kadar gre za človeka, ki je pri nas v oskrbi 2 ali 3a in se vrne v domačo okolje, se o tem obvesti pristojen CSD. Prav tako pa se stiki običajno nadaljujejo z vodenjem prošnje za ponovni sprejem ali za izvajanje pomoči na domu (J32)«*. Nekateri so z uporabnikom, ki se preseli, v stiku občasno v okviru zmožnosti, a le kratkoročno in zelo redko samoiniciativno, vedno pa ob premestitvah v splošno bolnišnico.

Največkrat se s preselitvijo primer zaključi in preverjanj ni; se zgolj obvesti pristojni center za socialno delo, ki spremlja preseljenega človeka. Prav tako ni preverjanj ob preselitvi v drugo ustanovo ali ob popolni samostojnosti uporabnika: *»V kolikor odide v drug zavod, praviloma ne preverjamo. V primeru, ko se vrnejo v domače okolje pa o tem obvestimo center za socialno delo, razen, če gre za povsem samostojnega in psihično orientiranega uporabnika (J2)«*. Informacije o preseljenih dobijo tudi posredno: *»Imamo redna mesečna koordinacijska srečanja s CSD in patronažno službo našega okolja in dejansko iz teh virov dobimo posredne informacije (J3)«*.

Na splošno je preverjanje ob preselitvah starih ljudi označeno kot neprofesionalno:

»Smatramo, da bi bilo to neprofesionalno, da bi preverjali kolege pri njihovem delu.

Verjamemo, da spoštujejo veljavne predpise, etična načela in strokovno doktrino (J18)« in se ga poslužijo zgolj ob nastanku možnih zlorab, nesamostojnosti in zmedenosti uporabnika, v nasprotnem pa po preselitvi vsa skrb zavisi na sorodnikih: *»To prepuščamo človeku samemu, njegovim svojcem in pristojnim službam. Preverili oziroma po dolžnosti bi obvestili pristojne službe le, v kolikor bi vedeli, da prihaja do kakšnih zlorab. Če opazimo, da se je uporabnik sam odločil, da bi šel iz doma in da nima kam, ter da je prisotna zmedenost, o tem obvestimo svojce, da stvari uredijo (J19)«.*

4.7 REAKCIJE DOMOV ZA STARE LJUDI NA PRESELITVE

Iz rezultatov lahko razberemo, da ob preselitvah starih ljudi direktorji in direktorice domov za stare ljudi ravnajo po določbah Pravilnika o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva (Ur. l. RS št. 38/2004) in se ne poslužujejo sprejetja posebnih ukrepov, saj se zavedajo, da imajo stari ljudje pravico do lastnega odločanja in samostojne izbire. Po potrebi, zlasti pa v primerih, ko presodijo, da se uporabnik vrača v zanj neprimerno okolje, se z uporabniki in sorodniki pogovorijo, jim ponudijo podporo in, če so mnenja, da uporabnik ni zmožen samostojnega življenja, odreagirajo tako, da obvestijo center za socialno delo, predlagajo spremljanje uporabnika ali ponudijo aktivacijo storitve pomoči na domu:

»Pri odhodu v drug dom skladno s predpisom zaprosimo za soglasje drugega doma, da se prepričamo, da ima tam res urejeno namestitev. Pri izselitvi v domače okolje pa v primeru, da v dani situaciji tako presodimo, obvestimo pristojni CSD (U31)«.

Ob odločitvi za preselitev se torej spoštuje uporabnikovo mnenje. Na podlagi njegove prošnje se sklene sporazumna razveza dogovora in se mu ponudi pomoč v obliki informacij, priprave terapije ter se pusti odprto možnost za sodelovanje v prihodnosti: *»Odločitev za odhod sprejmemo kot normalno odločitev, saj se imajo vsi pravico odločiti, tako kot si želijo. Še vedno pa jih, ob morebitni ponovni odločitvi za vselitev nazaj v naš dom obravnavamo kot vse ostale - smo veseli njihovega ponovnega prihoda (U10)«.*

Domovi za stare ljudi pri preselitvah najpogosteje ponudijo odhajajočim uporabnikom pomoč pri urejanju potrebnih stvari za odhod, jim podajajo informacije o njihovih pravicah in možnostih, se z njimi, njihovimi sorodniki in pristojnimi službami pogovorijo o vzrokih odhoda, jim svetujejo in pomagajo pri urejanju dokumentacije. Pozanimajo se tudi, kako bo

potekalo njihovo življenje v domačem okolju, če se selijo tja, in po potrebi posodijo kak pripomoček: *»O odhodu nazaj domov po okrevanju se skupaj dogovorimo in pogovorimo, kako bo človek živel naprej doma. Včasih posodimo kakšen pripomoček, npr. hojico, za lažji prehod nazaj domov... Kadar pa se kdo preseli v drug dom, pa gre za rutinski prehod - ni posebnih pogovorov (U5)«.*

Na koncu pa se podpiše še ustrezna dokumentacija, zahteva se poravnava obveznosti, neobvezno se preveri urejenost namestitve drugje in se poslovi od uporabnika, za katerega prevzamejo skrb njegovi sorodniki.

4.8 POSLEDICE PRESELITVE

4.8.1 VPLIV PRESELITVE NA UPORABNIKE

Ugotovitve kažejo, da so direktorji in direktorice domov za stare ljudi mnenja, da ima preselitev na uporabnika in njegovo okolico pozitiven vpliv, če je le-ta izpeljana po njegovi želji in mu omogoča nastanitev, ki je bližje njegovemu domačemu kraju in sorodnikom: *»Izkušnje so dobre, ker po navadi pridejo v dom, ki si ga želijo, imajo več obiskov, ponovno srečajo znance in prijatelje (K4)«.* So pa uporabniki tudi bolj zadovoljni, če pridejo iz drugih zavodov v dom za stare ljudi zaradi boljše oskrbe: *»Pri namestitvah iz psihiatrične bolnice so zadovoljni, da pridejo v dom, ker ta vseeno ponuja bolj domačno oskrbo kot bolnišnica (K35)«.*

V primeru slabega psihofizičnega stanja pa lahko preselitev pomeni stres za uporabnika in njegove sorodnike in traja dlje časa, da jo sprejme. Pogoste so zato tudi slabe izkušnje glede preselitev, ki stare ljudi vznemirijo, če si jih ne želijo. Povzročijo tudi precejšnje težave pri prilagajanju uporabnikov na novo okolje, na drug način dela in nove ljudi ter spremembe, lahko pa imajo tudi neugoden vpliv na psiho starega človeka in povzročajo strah, stres, napor: *»Kar se tiče uporabnika, je situacija kompleksna, saj je potrebna prilagoditev na novo okolje, spoznavanje novih ljudi ... To pa je lahko za starega človeka velikokrat zelo stresno (K18)«, »Selitev prinaša strahove pred neznanim, ponovno navajanje na novo okolje, nov red, nove osebe, nov ritem življenja....(K21)«.*

To pa še ni vse. Zaznano je, da preselitve lahko povzročajo tudi zmedenost in razočaranje uporabnika ob nedoseganju njihovih pričakovanj, povzročijo pa tudi izgubo novih prijateljev:

»Slaba stran za uporabnika je lahko tudi to, da pogrešajo prijateljstvo, ki so ga sklenili v času bivanja v prvotnem zavodu (K38)«.

Najhuje pa je, kadar so posledice preselitve drastično poslabšanje zdravstvenega stanja in celo smrt: *»Preselitve starih ljudi iz institucije v institucijo so stresne. Poznamo primere, ko so se naši stanovalci preselili v drug dom za stare ljudi, nato pa se jim je takoj drastično poslabšalo zdravstveno stanje in nastopila je smrt (K15)«.*

Vse pa kaže na to, da so ob preselitvah najbolj zadovoljni sorodniki starega človeka, ki so najpogostejši pobudniki preselitev, ki pa povzročijo še večje posledice, če do njih pride iz finančnih razlogov: *»Preselitve so travmatične za starejše ljudi, sploh če so bili prisiljeni s strani svojcev zaradi cenejše oskrbe oz. socialnih razlogov (K5)«.*

Kar se torej tiče vpliva transinstitucionalizacije na uporabnike, so bili odgovori podobni, saj so bili oblikovani v smeri, da ta proces za stare ljudi največkrat ne predstavlja pozitivne izkušnje, saj po navadi ne gredo na boljše, ali pa se sploh ne ve, kaj se z njimi po preselitvi v resnici zgodi.

Izkazalo pa se je tudi, da je večina direktorjev usmerjena k ideji o specializaciji domov, v prvi vrsti zaradi neprimerne kadrovske sestave, ki je bila postavljena pred dvajsetimi leti: *»Bi bilo neprimerno, da bi ljudi z več potrebami sprejeli mi. Še vedno je bolje, da se preselijo v poseben zavod, kjer imajo res usposobljen kader in primerne programe (D9)«.*

4.8.2 VPLIV PRESELITVE NA USTANOVO

Po rezultatih sodeč transinstitucionalizacija ustanovam ne povzroča bistvenih posledic in te preselitve sprejmejo kot realnost: *»Za ustanovo ne vidim kakšnih posebnih posledic. Smo pač soočeni z dejstvom, da so odhodi in prihodi realnost doma (K3)«.* Posledice preselitev čutijo predvsem tisti zavodi, ki se soočajo s številnimi preselitvami: *»V primeru občasnih premestitev ni bistvenih posledic. Posledice imajo zavodi, ki imajo precej preselitev v drug zavod (posledice finančne narave) (K38)«.* Naloga ustanove je, da se ob preselitvah najde prosto mesto, poišče možnost namestitve za novega uporabnika in se mu prilagodi.

Je pa ob preselitvah opaznega več administrativnega dela zaradi priprave na uporabnika ob preselitvi in več dela za zaposlene, ki lahko včasih izpade kot nesmiselno: *»Za ustanovo to pomeni veliko breme glede nepotrebne administracije in energije ter dodatnega časa vseh zaposlenih, ki se veliko več posvečajo novo sprejetemu stanovalcu (K17)«.*

Imajo pa lahko preselitve uporabnikov zelo negativen vpliv na ugled ustanove: *»Če gre za večjo fluktuacijo, to majo ugled ustanovi (K27)«.*

4.9 SPLOŠNO O OSKRBI STARIH LJUDI

Z modernizacijo in hitrejšim tempom življenja se težko izognemo stalnim spremembam, s katerimi se soočamo v življenju. Ali te potekajo tudi na področju oskrbe starih, pa je mogoče razbrati iz zbranih podatkov. Vsekakor se mora pri vzpostavitvi sprememb v ustanovah, namenjenih starim ljudem, ponudba izgrajevati v skladu z vrednotami stroke in zagotavljati večjo možnost izbire.

Da je institucionalno varstvo najpogostejša izbira pri oskrbi starih ljudi, smo že omenili. To pa lahko poleg dolgotrajnega bivanja nudi še druge oblike namestitve: *»Lahko je začasno, pa gre uporabnik domov ali se vrne. Oblik je veliko, samo poslužiti se jih moramo. Različne oblike obstajajo tudi zunaj Slovenije, npr. bivanje starejših skupaj v večjem stanovanju ali hiši pa oskrbovalka hodi na teren tako kot pri pomoči na domu in patronažna sestra, ki zagotavlja zdravstveno nego. V Sloveniji mislim, da smo domovi kar fleksibilni, tudi za to, da bi izvajali še kaj drugega kot institucionalno varstvo (C6)«.*

Kot najbolj opazno in trenutno vse bolj razvijajočo se storitev je mogoče navesti pomoč na domu, ki pa ne zadovoljuje vseh potreb starih ljudi: *»Pomoč na domu je ena od možnih oblik dezinstitutionalizacije, vendar glede na vsebino storitev ne zadostuje, ko človek potrebuje zdravstveno nego in več storitev. Storitve pomoči na domu so v veliki meri odvisne tudi od občin, ki jih vzpodbujajo (beri: izdatneje sofinancirajo), ali pa omejujejo (P16)«.* Pri omembi te oblike oskrbe lahko ugotovimo, da se je na nek način priročno izkazala za alternativo dezinstitutionalizaciji, hkrati pa tudi kot podaljšana roka domov za stare ljudi: *»Pomoč na domu je ena izmed možnosti, ki jo človek ima, lahko pa tudi nuja. Mi nudimo več različnih storitev in pomoč na domu je lahko le ena od stopničk, npr. začnemo z razvozom kosil. Lahko pa zaradi zdravstvenih sprememb ali kakšnih drugih okoliščin uporabnik potrebuje institucionalno varstvo. Ni pa strogo nujno, da po pomoči na domu vedno nastopi institucionalno varstvo (C3) «.* Pomoč na domu lahko hitro razumemo kot korak pred vstopom v institucionalno varstvo in celo kot tekmovanje za uporabnike. Dejstvo je, da je tudi ta storitev na nek način institucionalizirana: *»Je res, da bi bilo idealno, da bi se vsak lahko postaral doma v domačem okolju, ampak dejstvo je, da lahko tudi s pomočjo na domu*

naredimo neko institucijo. Tudi uporabnik pomoči na domu doma pravzaprav nima proste izbire, ampak se mora prilagoditi službi, ki pride, urniku, ni vedno »frej«, ko si želi (D30)«.

Sogovorniki pa so bili tudi jezni na politiko pomoči na domu in institucionalnega varstva, saj so nekateri izmed njih ugotovili, da je urejena nepošteno in nesmiselno, saj je cena ure pomoči na domu skoraj izenačena ceni dnevne oskrbe v domu za stare ljudi: *»Pomoč na domu se povečuje, ker se tudi število starih ljudi povečuje. Vpliva pa na vse skupaj tudi gospodarska kriza. Za primer: na področju upravne enote Litija znaša subvencija občine več, kot je ta zakonsko določena. Občina Litija in Šmartno plačujeta 75 % in je tako prispevek uporabnika nizek - 3,78 € na uro. Skupni strošek je za družino nižji, je pa višji za občino. Institucionalno varstvo pa znaša na uporabnika 17,48 € na dan, kar je za uporabnika višji strošek, če ga plačuje sam. Če bi pomoč na domu plačal sam v celoti, je zanj spet bistveno višji strošek, saj je cena ene ure enaka ceni za 24 ur v domu in to bo treba popraviti, ker to ni normalno razmerje (C4)«.*

Sicer pa je iz rezultatov mogoče opaziti, da direktorji in direktorice domov za stare ljudi na področju oskrbe starih ljudi ne zaznavajo bistvenih premikov, razen dolgoletne priprave zakona o dolgotrajni oskrbi in večjega poudarka na socialni oskrbi na domu. Pomembnejših sprememb torej ni, kljub temu, da so te potrebne: *»Ne, so pa spremembe potrebne (P10)«, »Trenutno opažam samo to, da je še vedno trend gradnje velikih domov (P11)«, »Vedno večji je poudarek na oskrbi na domu. Teoretično se zgodba zdi super, v praksi pa ogromno ovir, za katere še nimamo pravih rešitev (P5)«.* Pričakujejo pa, zlasti pri preselitvah, predvsem porast in povečano vlogo zasebnih domov za stare ljudi. Ob tem pa se poraja mnenje: *»Veliki apetiti po oplemenitvenju vloženega kapitala v zelo kratkem času ter visoke cene oskrbe so lahko pogubni. Pogodbe, ki jih zavezujejo glede zmanjševanja ali zapiranja kapacitet, so zato smiselne (B5)«.*

Spremembe so zaželeno, a iz določenih razlogov (ekonomske razmere, različnost interesov) pogosto onemogočene, kar pa ima slab učinek na oskrbo starih ljudi: *»Opažam, da je zaradi ekonomskih razmer (brezposelnost) v porastu tudi domača oskrba s strani svojcev, vendar smo že bili priča, ko je bila te vrste oskrba za starega človeka zelo neprimerna (nasilje, izključevanje...) zaradi neznanja ter stiske svojcev (P21)«.*

Čeprav smo glede razvijanja oblik oskrbe starih ljudi bolj ali manj stacionirani na eni in isti točki, pa ne smemo spregledati primerov dobre prakse in poskusov sprememb na tem področju. Rezultati kažejo, da ne glede na to, da spremembe potekajo izjemno počasi, te so

opazne, in sicer predvsem v obliki dodatne pomoči in podpornih mrež starim ljudem ter v vzporedni ponudbi oskrbovanih stanovanj, gospodinjstkih skupin, medgeneracijskih oblik druženja, dnevnih centrov ter odpiranjem v skupnost. Sprejetje Zakona o dolgotrajni oskrbi, o katerem se govori že nekaj časa, pa je med pomembnejšimi zelenimi dejanji, ki naj bi spodbudili velike spremembe, ki jih direktorji in direktorice domov za stare ljudi podpirajo in se tudi sami trudijo z odpiranjem v skupnost: *»Naš dom izvaja tudi pomoč na domu in večkrat tudi na tem področju timsko obravnavamo uporabnika in občasno že vključujemo prakso mobilne fizioterapije, izvajamo skupine starih za samopomoč v domačem okolju in načrtujemo vzpostavitev medgeneracijskega centra (P7)«.*

Večji razmah pomoči na domu smo že omenili. Vse bolj se uvaja tudi tehnologija in z njo povezani projekti, ki omogočajo samostojnejše življenje starih ljudi: *»Opažam, da se dobro razvija oskrba na domu, in da se veliko dela na področju razvoja komunikacijskih pripomočkov za stare in ljudi z demenco, kar me zelo veseli. Vem, da je za področje starih in dezinstucionalizacije namenjenih kar precej sredstev, in da je to področje, na katerem se bo v prihodnosti veliko delalo (P21)«.*

Opaznih je tudi več razpisov in finančnih projektov, ki spodbujajo dezinstucionalizacijo, zaznani so novi in drugačni začetki v stroki, več predavanj in naravnost k izvedbi drugačnih oblik oskrbe v skupnosti.

4.10 UKREPI OB NEMOČI ZAGOTAVLJANJA USTREZNE OSKRBE

Ukrepi, ki se jih poslužujejo domovi za stare ljudi ob nezmožnosti zagotavljanja ustrezne oskrbe starim ljudem, so v prvi vrsti odvisni od razloga, zakaj je do tega prišlo. Vsekakor pa že ob prvi taki ugotovitvi s tem seznanijo uporabnika in njegove sorodnike ter jim ponudijo pomoč pri iskanju rešitve. Po pomoč pa se obrnejo tudi na center za socialno delo, kar svetujejo tudi uporabnikom in njihovim sorodnikom, ali pa jim ponudijo storitev pomoči na domu ter se povezujejo z drugimi domovi za stare ljudi: *»Svetujemo in se povežemo z bližnjimi izvajalci primerne oskrbe za določenega posameznika, ali pa ponudimo možnost izvajanja pomoči na domu (S19)«.*

V takih primerih se z uporabnikom in sorodniki pogovorijo, jim pokažejo še druge možnosti oskrbe ali pa jih napotijo na drugo ustanovo ter jim pri tem stojijo ob strani: *»Usmerimo uporabnika oz. njegove svojce, da uredijo sprejem v ustanovi, v kateri je za njegove potrebe*

možno poskrbeti. V kolikor gre za premestitev k drugemu izvajalcu, pa postopamo po pravilniku o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva (S3)«.

Poskrbijo pa tudi za premestitev v drugo ustanovo ali pa uporabnika napotijo v bolnišnico: *»Usmerimo uporabnika in njegove sorodnike na drug primeren zavod, ki mu lahko v najkrajšem možnem času zagotovi storitev, ki jo v danem trenutku potrebuje (S13)«, »Seveda pa ob akutnih poslabšanjih zdravstvenega stanja obstaja možnost premestitve na zdravljenje v bolnišnico (S5)«.* Do tega pride, v kolikor so izčrpane vse druge možnosti in se postopa tako, da: *»Na podlagi strokovnega mnenja (zdravnika, psihiatra,...) s tem seznanimo komisijo za sprejem, premestitev in odpust stanovalcev, ki predlaga premestitev v drug, ustrezen zavod. Uporabniku, svojcem, zakonitim zastopnikom pomagamo iskati namestitev v drugem zavodu (S33)«* postopek pa se nadaljuje tako: *»Prošnja je uvrščena na čakalno listo, ko je na voljo prosto mesto, je uporabnik o tem obveščen. Na željo uporabnika in njegovih svojcev se prošnja pošlje tudi v ostale domove oziroma se jih po informacije napoti v dom, za katerega vemo, da ima takrat prosto mesto (S35)«.* Se pa lahko v določenih primerih sprejem tudi odsvetuje: *»Mu odsvetujemo sprejem, če vztraja, se mora z izjavo strinjati, da je to njegova želja (S37)«* ali pa se vlogo prosilca zavrne: *»Vsako vlogo obravnavamo na komisiji za sprejem. Če ne obstajajo pogoji za sprejem, vlogo zavrremo (S14)«.*

4.11 SODELOVANJE MED ZAVODI

Ob vsem tem pa se poskušajo domovi za stare ljudi med seboj povezati in sodelovati z drugimi ustreznimi ustanovami in službami. Takšno sodelovanje mora biti dobro in mora vključevati spoštovanje načela, da je uporabnik vedno v središču dela. Zajemati mora tudi stalno pripravljenost in stik z drugimi službami za hitrejše ukrepanje: *»Smo ves čas pazljivi in v stiku tako s centri za socialno delo kot s policijo in gledamo na vse vidike (D36)«.*

Sodelovanje poteka, po rezultatih sodeč, glede na potrebo uporabnika, korektno in usmerjeno v reševanje življenjskih situacij. Poteka dnevno, na več nivojih, pri čemer je potrebno usklajevanje, dogovarjanje in posredovanje potrebne dokumentacije. Strokovne službe so med seboj v rednem telefonskem stiku, nekajkrat na leto pa se tudi sestanejo. Izkušnje sodelovanja so v veliki večini dobre in pozitivne, saj delo poteka korektno.

Iz rezultatov sodeč imajo direktorji in direktorice najbolj pozitivne izkušnje sodelovanja s psihiatrično bolnišnico in drugimi domovi za stare ljudi. Sodelovanje poteka dobro tudi z

drugimi službami v okolju, redke pa so izkušnje sodelovanja z zavodom za prestajanje kazni zapora: *»Naš dom dobro sodeluje z vsemi izvajalci na našem področju delovanja, razen z zavodom za prestajanje kazni, kjer doslej še nismo imeli priložnosti za sodelovanje. Omeniti moramo tudi sodelovanje pristojnih CSD-jev, ki pri takšnih namestitvah in premestitvah skorajda morajo biti vključeni, in pristojno okrajno sodišče, če gre za namestitve/premestitve v skladu z zakonom o duševnem zdravju (L11)«.*

Ne glede na to pa do medinstitucionalnega sodelovanja, v katerega so vključeni tudi zapori, prihaja. Sogovornik v zavodu za prestajanje kazni zapora je opisal svojo izkušnjo sodelovanja tako: *»Dosedanje izkušnje sodelovanja z drugimi ustanovami so predvsem pozitivne. Kar se tiče psihiatrije, imamo stik predvsem s forenziko, s katero sodelujemo brez težav. Največ sodelovanja je predvsem s centri za socialno delo, ki pa tudi poteka bolj ali manj gladko. Edino pri sodelovanju z domovi za stare ljudi je opazen zadržek le-teh, saj potrebujejo veliko informacij in premisleka, preden sprejmejo obsojenca v oskrbo (E26)«.*

So pa tudi izkušnje sodelovanja, ki ni potekalo preveč gladko. To se navezuje zlasti na primere premestitev mlajših od 65 let, zelo bolnih in ljudi s psihiatričnimi diagnozami. Najbolj oteženo sodelovanje poteka med domovi za stare ljudi, ki se težko dogovorijo za premestitve zaradi predsodkov do ljudi, ki premestitev potrebujejo ali si jo želijo: *»Z nekaterimi domovi se ni mogoče dogovoriti za premestitev, ker so prepričani, da je s človekom, ki želi k njim, nekaj narobe in se ga mi želimo znebiti (L9)«* in pa med domovi za stare ljudi in splošnimi bolnišnicami, predvsem zaradi prekratkega bolnišničnega zdravljenja, posledice česar nosijo domovi za stare ljudi: *»Včasih bolnišnica preveč na hitro uredi kakšno premestitev (v smislu, da takoj po sprejemu v dom v roku dneva ali dveh posameznik umre - ni humano) (L21)«.*

5. RAZPRAVA

Institucionalizacija se je izkazala, kot sta dejala tudi Mali (2008: 34) in Flaker (1998: 61), za še vedno zelo razširjeno in sprejeto obliko celostne oskrbe starih ljudi, ki kljub idejam dezinstitutionalizacije in širjenju oblik pomoči v skupnosti ostaja vodilna pri zagotavljanju pomoči starim ljudem. To označujejo Flaker *et al.* (2010: 163-164) za dvotirni sistem institucionalnega varstva in skupnostne oskrbe, kar pomeni, da nam je sicer uspelo ustvariti nekaj različnih oblik oskrbe v skupnosti, vendar še vedno vzdržujemo trdno jedro institucij. Razlog za to je zlasti slabo organizirana socialna mreža in pomanjkljiva strokovna podpora, ki ne omogočata samostojnega življenja starejših v njihovem domačem okolju ob nastopu bolezni, osamljenosti, nezmožnosti skrbi zase in potrebi po rehabilitaciji. Slednje potrjuje tudi Mali (2008: 16). Da se institucionalizacija ohranja, pa so krive tudi pomembne spremembe v institucionalnem varstvu, saj vse bolj poskuša poskrbeti za večino uporabnikovih potreb, in zaradi strokovnega kadra, ki pozitivno spreminja odnos do starih ljudi. Potreba po takšni obliki oskrbe se ohranja in razvija predvsem zaradi vse težje zagotovitve kvalitetne in primerne oskrbe v domačem okolju, težnje po zagotavljanju varnosti starim ljudem, sprememb v družinskih strukturah in vse večji zaposlenosti družinskih članov, posledica česar je upad skrbi z njihove strani in povečana vloga institucij, zlasti domov za stare ljudi, o čemer pričajo tudi raziskovanja Hvalič Touzery (2007: 13).

Stopnja institucionalizacije je razvidna že na podlagi čakalnih dob, ki so kljub finančnim razmeram v družbi še vedno prisotne, a se spreminjajo in so odvisne zlasti od regije namestitve in pričakovane vrste oskrbe ter standarda sobe. Čeprav je povpraševanje večje napram odhodom in preselitvam iz institucij, si ne moremo zatiskati oči, da do njih ne prihaja. Razlogi za to so najpogosteje finančne narave, pa tudi izboljšanje zdravstvenega stanja uporabnika, bližina njegovega domačega kraja in sorodnikov ter odhod po začasni namestitvi.

Vse večjo zaskrbljenost pa predstavlja »sodobno« razmišljanje in konceptualne sheme večine snovalcev različnih ustanov, ki so zainteresirani predvsem za gradnjo velikih institucij in so stežka pripravljeni razmišljati o novih organizacijskih oblikah, drugačni organizaciji dela ter kadrovski prilagoditvi. Razvoj tako, žal, še naprej vztraja v smeri dragih postopkov, zdravil in tehnologij diagnosticiranja, ker je na teh področjih v ozadju tudi kapital.

Tako pa se vpliv institucionalizacije neomajno širi v obliki gradnje vse več in več novih domov za stare ljudi, v razmišljanju nekaterih domov o specializaciji za določen segment ljudi, kar nas zopet vrne v preteklost in kategorizira stare ljudi (Mali 2009: 95, 106-107), pa v ustanavljanju manjših skupnosti, ki so lahko prav tako smatrane kot institucija, in v storitvah, kot so pomoč na domu, ki lahko deluje kot podaljšana roka institucije in alternativa dezinstitutionalizaciji, saj jo lahko hitro razumemo kot korak pred vstopom v institucionalno varstvo in celo kot tekmovanje za uporabnike. O takšnem širjenju kapacitet in načrtovanju dejavnosti, ki so v nasprotju z dezinstitutionalizacijo, pišejo tudi Filipovič Hrast *et al.* (2014: 140) in Rafaelič (2015: 184-185), ki omenja še vzpostavljanje posebnih oblik oskrbe starih ljudi z intelektualnimi ovirami v VDC-jih in CUDV-jih po smrti njihovih staršev, ki so do takrat skrbeli za njih. Slednje se vse bolj kaže kot prihajajoča težava in zaskrbljenost ob tem, kdo in kje bodo skrbeli za to skupino ljudi (denimo za ljudi z Downovim sindromom), ko bodo njihovi skrbniki umrli oziroma zanje ne bodo več zmogli poskrbeti. Nenadne namestitve v institucije, ki lahko sprožajo velik stres in nepoznavanje, lahko v teh situacijah hitro pripeljejo do neželenih posledic, kot so nasilje, zanemarjanje, stik s kazenskoopravnim sistemom, brezdomstvo.

Če se vrnemo k storitvi pomoči na domu, omenimo še to, da gre pravzaprav za institucionalizirano storitev, nad katero ima kontrolo dom za stare ljudi, občina, država, in da obstaja potencialen interes mnogih domov za stare ljudi, da uporabnika pomoči na domu čim prej sprejmejo v svoje varstvo, kar so ugotavljali tudi Filipovič Hrast *et al.* (2014). Dom uporabnika pomoči na domu tako postane možno okolje institucionalizacije. Da ima takšno vzpostavljanje skupnostnih služb bumerang učinek, pa se je pokazalo v raziskavi Rafaelič (2015: 8-9), ki je potrdila, da postanejo ustanove orodje discipliniranja podpornih oblik v skupnosti, kar pomeni, da uporabnika institucionalizirajo, ko mu ne morejo več prilagajati svojega dela. Če je to res namen domov za stare ljudi, potem je vključitev te storitve v skupnostno oskrbo seveda vprašljiva, če pa jo izvajajo z namenom zagotavljanja kakovostne starosti, je to nekaj čisto drugega, kot pa privabljanje novih uporabnikov. Seveda zadeve ne moremo posploševati in v tej nalogi se socialna oskrba na domu ni izkazala za mehki prehod v institucionalno varstvo. Vsekakor pa lahko rečemo, da dezinstitutionalizacija ni ne v korist ne v interes ustanovam, kakršni so domovi za stare ljudi. Z zakonom, ki bi dal več možnosti za pomoč na domu in bi spodbujal drugačne oblike oskrbe v skupnosti, bi se standardni domovi za stare ljudi lahko počasi zapirali oziroma bi izgubljali svojo prvotno funkcijo.

Res se je izkazalo, da domovi niso več totalne ustanove, kakršne so bile v preteklosti, in da interes vodstva ni več zgolj zapolnitev praznih postelj, ampak predvsem zagotovitev kakovostne oskrbe in v nekaterih primerih tudi oblikovanje doma kot centra za skupnostno oskrbo. V domovih se zavedajo, da dober glas seže v deveto vas, in bi se marsikateri stvari lotili drugače, če jih pri tem ne bi oviralo ministrstvo, ki mora podati soglasje k vsaki zadevi. V domovih podpirajo nove možnosti, inovacije in si želijo fleksibilnosti. Pri tem pa se srečujejo z včasih nemogočimi in zaostrenimi pogoji, neusklajenimi normativnimi podlagami, zastalim razvojem, pomanjkanjem financ, nepovezanostjo različnih resorjev in dolgimi čakalnimi roki. Zaradi takšnih težav se mnogim zdi smiselna izločitev iz sistema javnega sektorja, saj domovi niso deležni proračunskih sredstev. Ob tem pa pozabljajo, da je država njihova ustanoviteljica.

Na tem mestu pa se zazdi, kot da država načrtno ovira selitve v skupnost, kar je ugotovila tudi Rafaelič (2015: 213-214), saj je pokazala na neustrezno zakonodajo, na dvoumne in neuresničene obljube glede dezinstucionalizacije in na zastarelo taksonomijo storitev, ki onemogočajo inovativne oblike terenskega dela.

Na tak način pa država pravzaprav tudi spodbuja, čeprav mogoče nevede, prehajanje iz ene v drugo institucijo, kar starim ljudem škodi in niža kvaliteto njihovega življenja. To je razvidno tudi iz tega, da v 115 občinah institucionalna oskrba ni organizirana ali pa je organizirana nepošteno, saj se bivalni standardi med seboj bistveno razlikujejo, in iz tega, da pomoč na domu ni dostopna vsem pod enakimi pogoji. Tako morajo stari ljudje pogosto zapustiti svojo občino v zameno za varstvo v instituciji v drugi občini, s selitvijo pa se občutek izključenosti še povečuje (Mali 2013: 40). Na ta račun so začeli nastajati tudi zasebni domovi, ki so dosti dražji in še bolj nakazujejo na neenakost med starimi ljudmi – tistimi, ki si oskrbo lahko privoščijo, in tistimi, ki si je ne morejo. Na drugi strani pa občina plačuje oskrbo tistim brez dohodkov, iz česar lahko sklenemo, da je srednji sloj starih ljudi glede zagotavljanja oskrbe v najslabšem položaju.

Že zgoraj omenjene težave institucij pa niso edine, s katerimi se te soočajo. Mednje lahko štejemo, poleg samote starih ljudi, ki jo povzroča takšno življenje, tudi neprofesionalno delo, ki ne spoštuje zasebnosti uporabnikov, postavljanje učinkovitosti dela pred življenjsko platjo stanovalcev, oblike dela in programe, ki delujejo prisilno, pomanjkljiv kadrovski normativ, tekmovanje za uporabnike in sredstva (društva črnijo institucije zaradi finančnih apetitov), kapitalistična naravnost domov in s tem povezani stroški, ki jih imajo uporabniki z

oskrbninami, kar vodi do odločitev za preselitve v cenejše oblike oskrbe, in težave pri oskrbi tistih, ki se soočajo z dolgotrajnimi stiskami za reševanje katerih domovi niso usposobljeni.

V domovih upoštevajo v prvi vrsti zakonsko določene kriterije in pravilnike za sprejem v dom, ki pa jih, zlasti v kriznih časih, tudi prilagodijo. Tako sprejemajo tudi mlajše od 65 let po boleznih in poškodbah, da imajo zapolnjene kapacitete. Upošteva se tudi razpoložljivost kapacitet, bolezen, občinska pripadnost uporabnika, nujnost sprejema, socialne razmere. Kaže pa se tudi to, da se v domovih zaradi opazno naraščajočega števila ljudi, ki so nepomični in potrebujejo predvsem bolnišnično oskrbo, počasi zastavljajo temelji bolnišnic ali rehabilitacijskih centrov.

Zaradi številnih sprememb in gospodarske krize je opazno tudi intenzivno razmišljanje o prihodnosti in iskanje novih možnosti za razvoj in zagotavljanje storitev, ki bodo uporabnikom v čim večje zadovoljstvo. Ob tem pa domovi razvijajo različne strategije, ki zajemajo prestrukturiranja in sprejetje novih programov in storitev ob spoštovanju navodil s strani države. V ta namen se poslužujejo še drugih strategij, kot so prenova sob in drugih prostorov, ki omogočajo več zasebnosti in vključenost uporabnika. Preselitvam in odhodom uporabnikov se v največji meri poskušajo izogniti z delom na preventivi. Iz rezultatov je možno razbrati tudi potrebo po ustanavljanju služb in storitev v skupnosti, ki so lahko pomembno in zelo koristno nadomestilo ali pa dopolnilo institucionalnemu varstvu. Vse več vodij ustanov namreč spodbuja ideje o manjših domovih za stare ljudi in čim daljše bivanje v domačem okolju. Kljub temu pa menijo, da institucije morajo obstajati, saj so za nekatere stare ljudi najprimernejša rešitev. Vsekakor je potrebno starim ljudem zagotoviti možnost izbire in na podlagi tega dejstva obliko institucionalne oskrbe jemati zgolj kot eno izmed možnosti.

Ravno zaradi takih sprememb in vse bolj inovativnih pristopov v domovih za stare ljudi, pa so ti dojeti kot ustanove, ki so od vseh najbolj humane, saj ponujajo dosti višji standard življenja kot oskrba v kakšnih drugih tipih ustanov. Tukaj pa lahko vidimo, da se določene skupine ljudi zelo težko izognejo bivanju v domu za stare ljudi, ki jih lahko v teh primerih označimo za prostore transinstitucionalizacije ali prostore kontra transinstitucionalizacije, saj gre v večini primerov res za preselitev iz zavoda, ki osebi ne nudi potrebne oskrbe, v moderniziran zavod, kjer osebi zagotavljajo 24-urno oskrbo (stroški pa so na strani uporabnika). Domovi tako postajajo prostori, ki se zdijo najbolj primerni za zagotavljanje oskrbe in pomoči vse večjemu spektru ljudi. Kljub krinki modernizacije pa bistvo institucije ostaja isto, saj človek tam še vedno izgublja svojo identiteto, poleg tega pa na račun nastanitve ostaja brez vsega

(finančni zalogaj bivanja v domu). Da za vsem tem zopet stoji motivacija po zmanjšanju stroška države, pa menita tudi Koyanagi in Bazelon (2007: 10).

Ravno institucionalizacija daje podlago in je večinski krivec za to, da so iz potrebe po skrbi in pomoči ter preoblikovanju procesa pomoči starim ljudem začele nastajati oblike, kot so re-, de- in trans- institucionalizacija.

Skozi raziskovanje se je izkazalo, da **reinstitucionalizacija** ni nekaj neobičajnega, ravno nasprotno. Do ponovnega vstopa v dom pride predvsem zaradi bolezni, poslabšanja zdravstvenega stanja po prej uspešni rehabilitaciji v domu za stare ljudi, osamljenosti, nezmožnosti samostojnega življenja, težavni prilagoditvi v drugem okolju in pomanjkanja podpore v skupnosti. Med razloge lahko štejemo tudi materialno stisko družine, ki je pogost vzrok za odhod iz doma, pozneje pa je razlog za ponoven sprejem potreba po oskrbi oziroma nezmožnost družine zagotavljati ustrezno in primerno oskrbo v domačem okolju.

To pa še zdaleč niso vsi razlogi za reinstitucionalizacijo. Med te lahko uvrščamo tudi smrt partnerja, boljšo klimo in oskrbo ter prijetnejšo okolico, kot je bila prejšnja, pa še dobre vtise in zadovoljstvo, ki ga je institucionalno varstvo pustilo pri uporabniku. Kot razlogi za odhod so se izkazali tudi neupoštevanje hišnega reda, zloraba alkohola in težave v vedenju ter ponovna namestitev po prenehanju teh razlogov. Čeprav se po podatkih Mali (2013) ljudje z izkušnjo institucionalizacije ne želijo vrniti tja, tisti, ki so doma, pa si ne želijo vstopiti v institucijo, se to kljub temu dogaja zelo pogosto.

Od razlogov za reinstitucionalizacijo pa se premaknimo na **dezinstitucionalizacijo**. Za slednjo se je izkazalo, da ta koncept predstavlja v prvi vrsti zmanjšanje števila institucij in širitev služb v skupnosti pa tudi razvoj oblik pomoči in storitev, ki omogočajo starim ljudem varno bivanje v domačem okolju ob ustrezni oskrbi, socialni urejenosti in zakonodaji. Tako definirata ta proces tudi avtorja, kot sta Flaker (1998: 157) in Videmšek (2013: 53).

Pri tem je zanimivo tudi razmišljanje v smeri, da lahko poteka dezinstitucionalizacija tako znotraj (individualno načrtovanje storitev) kot zunaj (pomoč na domu) institucij.

Dezinstitucionalizacija je pri nas najbolj razumljena kot storitev pomoči na domu pa tudi kot oskrba v manjših domovih za stare ljudi in v obliki gospodinjskih skupin, kar naj bi starim ljudem omogočalo kvalitetnejše preživljanje starosti in njim prilagojeno zagotavljanje pomoči. Izkazalo pa se je, da dezinstitucionalizacija na področju oskrbe starih ljudi ni pretirano razširjena, saj je po ugotovitvah sodeč institucija že tako ali tako smatrana kot prostor za najbolj pomoči potrebne in zadnja opcija, ki nastopi, ko so izčrpane vse ostale

možnosti oskrbe, in je zato smiselna tam, kjer so stari ljudje še dovolj samostojni, da skrbijo zase in za svoje potrebe. Da je dezinstitutionalizacija v domovih za stare ljudi šele v začetni fazi, je ugotavljal tudi Flaker (2012: 25).

V raziskavi se je pokazalo, da nekateri na dezinstitutionalizacijo na področju oskrbe starih ljudi gledajo z zadržkom, saj so jo označili za precenjeno in kot trenutno modno muho stroke. Zaradi možnosti izbire oskrbe in potrebe po institucijah je ni mogoče izpeljati v pravem pomenu besede (popolna ukinitvev institucij), kar v določenih primerih niti ni smiselno (bivanje v neprimernih razmerah v domačem okolju na račun oskrbe). Vse bolj se kaže tudi, da dezinstitutionalizacijo omogoča predvsem finančna stiska uporabnikov, saj ljudje zapustijo institucijo zaradi nezmožnosti poravnave stroškov, kar ni pravi povod dezinstitutionalizacijskih idej. Pogosto pa dezinstitutionalizacija dela krivico institucionalnemu varstvu, saj hitro pride do posplošenega sklepa, da slednje predstavlja nekaj slabega, kar pa se vse bolj kaže kot zgrešeno. Kakorkoli že, dezinstitutionalizacija na področju oskrbe starih ljudi je kompleksen proces, ki je tudi težko obvladljiv. Njene posledice se namreč lahko pokažejo v obliki nasilja in odtegotovanja oskrbe, lahko pa se izkaže tudi zgolj kot predrugačeno institucionalno varstvo (pomoč na domu, gospodinjske skupnosti).

Zato moramo biti pri uvajanju teh idej izredno pozorni in iskati možnosti ter izkoristiti obstoječ maneverski prostor, v katerem je možno spodbujanje dezinstitutionalizacijskega gibanja tako v preoblikovanju vrednot kot v oblikovanju novih in drugačnih služb in storitev ter oblik oskrbe starih ljudi, razvoju programov skrbi v lokalnih okoljih in spodbujanju že znanih oblik pomoči, kot so pomoč na domu, socialni servis, varovana in oskrbovana stanovanja, gospodinjske skupnosti, dnevno varstvo. Možnosti za spodbujanje dezinstitutionalizacije so še v omogočanju enake dostopnosti (cenovne in krajevne) storitev, v ustvarjanju več možnosti začasnih namestitev ob dopustih, v oblikovanju mobilnih služb delovne terapije in fizioterapije, spodbujanju prostovoljstva, večji povezanosti patronažne službe in socialnih oskrbovalk, večji povezanosti profesionalnih organizacij z društvi upokojencev, invalidskimi in nevladnimi organizacijami, v vzpostavitvi ravnovesja med storitvami na trgu, ki bodo omogočale starim ljudem izbiro in želen način preživljanja starosti, še večje vključevanje institucij v lokalna okolja, sodelovanje z društvi, vrtci in šolami ter v zagotavljanju palet storitev v bolj odročnih krajih.

Ima pa dezinstitutionalizacija vpliv tako na uporabnike kot na izvajalce oskrbe. Ugotovitve kažejo, da ima predvsem pozitivne učinke na stare ljudi, saj jim omogoča bivanje v domačem

okolju in jim daje možnost izbire oskrbe. Pozitiven vpliv dezinstitutionalizacije se vidi predvsem tam, kjer so ljudje odklonilni do ustanov, še posebej, če omogoča upoštevanje individualnih potreb in značilnosti starih ljudi. Dezinstitutionalizacija pomeni tudi povečanje kvalitete bivanja v domačem okolju; starim ljudem daje možnost soodločanja in večjo individualizacijo storitev, kar dobro vpliva na starost in staranje. Kljub vsemu pa je potrebno biti pri tem pazljiv, saj ima dezinstitutionalizacija lahko dober vpliv na stare ljudi le v primeru, če zares veča kvaliteto življenja in je urejena tako, kot se zgre (torej sistemsko). Ker pa smo ljudje različni, je potrebno upoštevati tudi to in se zavedati, da lahko dezinstitutionalizacija nekaterim koristi, drugim pa ne. Rezultati govorijo, da se storitve dezinstitutionalizacije obnesejo predvsem tam, kjer imajo ljudje razvito neformalno mrežo, medtem ko pri osamljenih in bolnih ljudeh za enkrat to še ni opcija. Slabost dezinstitutionalizacije je tudi težava pri prilagajanju na drugačen ritem življenja, kot so ga bili uporabniki navajeni pred njo, in v obliki obremenitve in stresa starega človeka ob neustrezni oskrbi.

Kot je bilo rečeno, ima dezinstitutionalizacija lahko precejšen vpliv tudi na izvajalce oskrbe. Na tem področju za enkrat še ni prišlo do večje revolucije in bo še potreben miselni preskok pri vseh udeleženi ob razmahu dezinstitutionalizacije, katero nekateri vidijo kot slabost in nanjo gledajo s pomisleki. Le-ta lahko pomeni za ustanovo spremembo do sedaj ustaljenih oblik dela, prilagajanje novostim in korak v neznanu, pa tudi logistični, kadrovski in finančno večji zalogaj, ki težko zdrži finančno projekcijo ter napoveduje manjše povpraševanje po njihovih storitvah in preobremenjenost izvajalcev oskrbe. Vpliva pa lahko tudi na tekmovanje med institucijami oziroma službami za uporabnike, kar je v raziskavi razvidno iz tega, da so v enem od domov za stare ljudi razmišljali o oblikovanju oddelka za rehabilitacijo. To bi zmanjšalo pritisk in obremenjenost našega Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta SOČA, a se slednji s takšno idejo ni strinjal, čeprav bi večja razširjenost takšnih oddelkov po državi zadovoljila dejanske potrebe uporabnikov.

Na drugi strani pa prevladuje mnenje, da dezinstitutionalizacija na izvajalce oskrbe nima bistvenega vpliva, saj je povpraševanja po institucionalnem varstvu veliko in ni bojazni po propadu te oblike oskrbe.

Se pa na podlagi širjenja dezinstitutionalizacijskega vpliva lahko odpirajo nove možnosti za izvajalce oskrbe, saj jo nekateri jemljejo kot dobrodošlo zaradi potencialne širitve mreže uporabnikov. Ker je potrebno gledati v prihodnost razvojno, nekateri menijo, da

dezinstucionalizacija omogoča nadgradnjo njihovih storitev, povezovanje s skupnostjo, možnost inovativnega dela, več zaposlovanja in izobraževanj pa tudi večjo fleksibilnost.

V kombinaciji z institucionalizacijo in reinstitucionalizacijo pa lahko pri uvajanju idej dezinstucionalizacije zaradi pomanjkljivih strategij, nejasnih načrtov financiranja in vrednot, ki ne vključujejo starih ljudi, hitro pride do **transinstitucionalizacije**. Kar se tiče preselitev starih ljudi iz ene institucije v drugo, so te opazne in zaznane predvsem, ko potekajo iz drugih zavodov v domove za stare ljudi. To sta opazila tudi Sommer in Osmond (1981). Seveda pa so identificirane tudi preselitve, ki tečejo v obratni smeri. Na splošno je potek tovrstnih preselitev brez posebnosti in poteka v obliki standardnega sprejema v ustanovo. Opravljene pa so s pomočjo socialnih delavcev in, če je le mogoče, na željo uporabnika, sicer pa po predlogu njegovih sorodnikov oziroma skrbnikov.

Kar se tiče izbrane teme je iz rezultatov mogoče razbrati, da je preselitev v širšem pomenu veliko, da pa ni zbranih natančnih podatkov o njih ali vodenih posebnih evidenc o preselitvah.

Kot smo ugotovili, so najbolj pogoste selitve starih ljudi **iz enega v drug dom za stare ljudi**. Vzrok temu je v prvi vrsti odhod po nujni začasni namestitvi tam, kjer so na razpolago proste kapacitete.

Potem so selitve, ki potekajo **med domom za stare ljudi in psihiatrično bolnišnico**. Te so celo tako pogoste, da ponekod niso več zmožni sprejemati novih uporabnikov zaradi pomanjkanja kapacitet. Ličina in Tisu (1983:277) sta že v osemdesetih letih zaznala preseljevanje starejših uporabnikov po različnih tipih ustanov, predvsem pa iz psihiatrije v domove za stare ljudi. Pri tem zagovarjata mnenje, da: »Naj bi bili bolniki, starejši od 60 let, v remisiji, redno psihiatrično vodeni in zdravljeni enako kot v psihiatrični ustanovi. Tudi morebitna poslabšanja bi v začetku lahko poskušali obravnavati v domu, dokler bi to seveda bilo varno«.

Je pa pri tovrstnih preselitvah pogosto opazna reinstitucionalizacija, saj se po izboljšanju stanja uporabniki dostikrat ponovno vrnejo v dom za stare ljudi. Mikuž (1995: 190) piše o tem, da je nastanitev v psihiatrični bolnišnici prvotno namenjena prehodnemu obdobju, dokler se posameznikovo stanje ne stabilizira do te mere, da je sposoben živeti v domu za stare ljudi, kar je za večino mnogo bolj sprejemljivo kot hospitalizacija v psihiatrični ustanovi. Slednja posamezniku nudi predvsem pomoč v primerih poslabšanja na področju duševnega zdravja ali v primerih, ko je oteženo njegovo funkcioniranje v njegovem socialnem okolju, medtem ko je vloga doma za stare ljudi nudenje oskrbe, podpore in nege pri opravljanju osnovnih

življenjskih potreb. Moramo se zavedati, da so tovrstne preselitve naporne za vse udeležene in lahko zato lažje potekajo le ob sodelovanju in vključenosti vseh.

Nemalokrat pride kmalu po preselitvi iz doma za stare ljudi v psihiatrično bolnišnico še do ene preselitve, in sicer iz psihiatrične bolnišnice v posebni zavod.

Sledijo preselitve, ki potekajo **med domovi za stare ljudi in posebnimi zavodi**. Slednji so oblikovani tako, da zagotavljajo gerontološko obravnavo in tako omogočajo tamkajšnjo namestitev tudi starim ljudem. Izkazalo pa se je, da so tovrstni zavodi najbolj možni prostori, kamor se naseli ljudi, za katere v VDC-jih ali stanovanjskih skupinah ne morejo več poskrbeti. Kot smo že omenili, so bile izpostavljene selitve v posebne socialno varstvene zavode v veliki meri po neuspešnih premestitvah v psihiatrično bolnišnico zaradi nezmožnosti nudenja ustrezne oskrbe. Do selitev iz posebnega zavoda v dom za stare ljudi pa prihaja redko, a vendarle, in sicer na podlagi želj uporabnikov ali pa po izpolnjeni starosti za sprejem v dom za stare ljudi. Se pa ob tem pokažejo težave zaradi zahtev po posebni obravnavi teh uporabnikov, njihove navajenosti na drugačen režim dela ter pomanjkanje kadra.

Pri premestitvah starih ljudi **iz oziroma v zavod za prestajanje kazni zapora** pa je situacija malce drugačna. Zaporji so institucije posebnega tipa že zato, ker predstavljajo ustanovo, v kateri si tamkajšnje namestitve človek ne izbere sam. Zaradi tega je dezinstitutionalizacija na področju kazenskega pravosodja težko izvedljiva, v prvi vrsti zaradi vsesplošne varnosti.

Razumno in realno pa je dejstvo, da tudi v zapor prihajajo stari ljudje oziroma se tam starajo tekom prestajanja kazni. Teh premestitev je v praksi najmanj. Že v preteklosti so bile precej redke, a je bil postopek premeščanja dosti bolj enostaven, saj je do njih prihajalo predvsem na podlagi internih dogovorov in z dosti manj birokracije. Danes se takšne premestitve izvedejo z nalogom sodišča ali na podlagi odločbe, razlogi pa so: slabo zdravstveno stanje, zloraba alkohola, nasilje, neplačevanje stroškov pa tudi požig nepremičnine/lastnine, preobremenjenost določenih zaporov, nezmožnost zagotavljanja ustrezne oskrbe v zaporu, pa na podlagi varnosti in ob upoštevanju individualnega načrta. Lahko pa se premestitvi izognejo in se poslužijo izrednih ukrepov, kot so odlog kazni, pogojni odpust ali pomilostitev na predlog zavoda in s strani predsednika države. V primerih premestitve formalno ne preverjajo, kaj se s starim človekom dogaja, saj v teh primerih njihove pristojnosti ugasnejo, primer pa se preloži na center za socialno delo.

Sicer pa sama oskrba starih ljudi v zaporu ne odstopa bistveno od oskrbe ostalih obsojencev. Če se staremu človeku v zaporu stanje drastično poslabša, se ga namesti v bolniško sobo

znotraj zapora, ta pa je v Ljubljani samo ena, kar ne zadostuje potrebam. Zaradi tega se rešujejo tovrstni primeri individualno, poslužujejo se tudi premestitev in rednih preverjanj zdravstvenega stanja obsojencev. V primerih, ko obsojenci potrebujejo stalno oskrbo, katere v zaporu ne dobijo, Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS-1 2006) v 60. členu določa, da so upravičeni do zdravljenja oziroma oskrbe v posebnih prostorih bolnišnic ali v ustrezno varovanem oddelku zdravstvenega zavoda.

Za boljše zagotavljanje oskrbe starih ljudi, ki so obsojeni, pa se trenutno še raziskujejo trendi in iščejo zgledi v tujini. V prihodnosti se načrtujejo spremembe v obliki Novele ZIKS, ki naj bi stopila v veljavo s 1. 6. 2016 in naj bi zagotavljala bolniški oddelek za ljudi, ki potrebujejo več oskrbe in probacijsko službo.

Izkušnje kažejo, da premestitve iz zapora v domove za stare ljudi potekajo, a so velikokrat težko izvedljive zaradi neangažiranosti domov za stare ljudi. Vzrok temu so zlasti predsodki in strah, ki vpliva na odločitve o sprejemu obsojenca. Če pa so zmožni pozabiti nanje in do premestitve pride, se izpelje standarden postopek sprejema. Pri tem se pogosto okoliščine sprejema zadržijo zase. Ob tovrstnih premestitvah pa se pokažejo tudi olajševalne okoliščine pri sprejemu, in sicer v obliki pokojnine obsojenca. Oskrbo v domovih za stare ljudi morajo uporabniki pokrivati sami, česar jim v drugih zavodih ni potrebno, saj stroške krije država. Tukaj pa se vidi interes države, da privarčuje, kar se sklada z ugotovitvami Švab (2012: 6) in Koyanagi in Bazelon (2007: 10) ter Bakal (2014).

Premestitve iz zapora potekajo tudi v psihiatrično bolnišnico oziroma na posebno enoto za forenzično psihiatrijo, kjer ni potrebno zagotavljati posebnega varstva, kot je bilo to potrebno prej v psihiatričnih bolnišnicah, saj že sama enota zagotavlja posebno varovanje. Do njih pride največkrat zaradi potrebe ambulantnega zdravljenja, zasvojenosti in zaradi motenj v duševnem razvoju.

Prihaja pa tudi, čeprav zelo redko, do premestitev iz zapora v posebni zavod, in sicer na podlagi želje obsojenca po prestani kazni. Takšna preselitev lahko povzroči tudi šok zaradi nepripravljenosti na drugačne razmere bivanja in obnašanja ostalih stanovalcev zavoda.

Nič manj pogoste pa niso niti premestitve v oziroma iz splošnih bolnišnic. Pečjak (2007: 172) navaja podatek, da se 38 % starih ljudi preseli v dom neposredno iz bolnišnic, ali v domove za stare ljudi v tujini (Hrvaška), kar potrjuje tudi Huč Uršič (2015).

Razlogi za medinstitucionalne preselitve starih ljudi so zlasti finančna stiska in nezmožnost plačila oskrbnin, ki vpliva na to, da uporabniki dom za stare ljudi zapustijo in iščejo cenejše namestitve drugje, kar vpliva tudi na samo oskrbo, ki velikokrat ni zadostna, lahko pa se izkaže tudi nasprotno - da je še boljša. Te razloge je našteval tudi Konrad (2002). Nasprotno pa se v praksi dogaja, da socialni delavci po navodilih vodij spremenijo vrsto oskrbe posameznika (npr. iz 3 na 2), da je oskrba cenejša, čeprav neprimerna in pomanjkljiva. Na tak način uporabnika obdržijo v instituciji ali ga v njo namestijo (izkušnja socialne delavke v domu za stare ljudi).

Drug najpogostejši razlog je izboljšanje zdravstvenega stanja uporabnika, uspešna rehabilitacija in ponovno pridobljena sposobnost samostojne skrbi zase. V teh primerih se preselijo stari ljudje nazaj v domače okolje, so pa ti isti razlogi v primeru poslabšanja stanja vzrok za ponovno priselitev.

V drugačnih primerih, kot npr. pri težavah v duševnem zdravju in duševnem razvoju, so ti navedeni kot razlog preselitve. Na tem mestu lahko omenimo tudi bolezen demenco in potrebe po drugačnem zdravljenju, ki ga v domovih, ki ne razpolagajo z oddelkom za demenco (varovano enoto), ne morejo zagotoviti, ter preselitve z namenom vzpostavitve ustrezne terapije.

Nadalje so splošni razlogi za preselitve bližina domačega kraja in sorodnikov. Ti so razlog, da si uporabniki želijo namestitve v drugem domu ali ustanovi, saj jim to veča verjetnost, da bodo imeli več obiskov. Ovira pri tem je bila predvsem preselitev v druge regije (štajerska in prekmurska) zaradi prenapolnjenosti domov v osrednjeslovenski regiji in čakanja na sprostitev tamkajšnjih kapacitet.

Drugi razlogi pa so še nezadovoljstvo z oskrbo in bivalnim standardom, slabi odnosi, nezmožnost oskrbe doma, brezposelnost sorodnikov in ekonomski interes slednjih, odselitev k novemu partnerju, težka prilagoditev na življenje v domu za stare ljudi pa tudi želja po spremembi okolja, iztek kazni zapora, socialna problematika, nevodljivost uporabnika, nasilje in ogrožanje varnosti stanovalcev in osebja ter storitev hujših kaznivih dejanj.

Ustanove se na preselitve odzovejo različno. Nekatere uporabnika spremljajo tako, da preverijo, kaj se z njim po preselitvi dogaja, ohranijo s preseljenimi stike, socialni delavci pa se neformalno obveščajo o dogajanju v novem okolju uporabnika. Sicer pa se že pred samo preselitvijo preveri, kako bo organizirano življenje uporabnika. V primeru, da se preseli v domače okolje, se obvesti pristojen center za socialno delo.

Nekateri so z uporabnikom, ki se preseli v stiku občasno, v okviru zmožnosti, a le kratkoročno in zelo redko samoiniciativno, vedno pa ob premestitvah v splošno bolnišnico. Stiki se ohranijo tudi zaradi možnosti reinstitucionalizacije ali ob koriščenju pomoči na domu.

Največkrat pa se s preselitvijo primer zaključi in preverjanj ni, obvesti se zgolj pristojni center za socialno delo. Prav tako ni preverjanj ob preselitvi v drugo ustanovo ali ob popolni samostojnosti uporabnika. Informacije o preseljenih dobijo v domovih za stare ljudi tudi posredno na rednih mesečnih koordinacijskih srečanjih. Na splošno je preverjanje ob preselitvah starih ljudi označeno kot neprofesionalno in se ga poslužijo zgolj ob možnih zlorabah, nesamostojnosti in zmedenosti uporabnika, v nasprotnem pa po preselitvi vsa skrb zavisi na sorodnikih.

Ob preselitvah starih ljudi ustanove ravna po določbah Pravilnika o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva (Ur. L. RS 38/2004) in se ne poslužujejo sprejetja posebnih ukrepov. Zavedajo se, da imajo stari ljudje pravico do lastnega odločanja in samostojne izbire. Po potrebi se z uporabniki in sorodniki pogovorijo, jim ponudijo podporo in, če so mnenja, da uporabnik ni zmožen samostojnega življenja, odreagirajo tako, da obvestijo center za socialno delo, predlagajo spremljanje uporabnika ali ponudijo aktivacijo storitve pomoči na domu. Če uporabnikom v določeni ustanovi niso zmožni zagotoviti ustrezne oskrbe, o tem obvestijo njihove sorodnike in skrbnike in jim ponudijo pomoč pri iskanju ustrezne rešitve, jim pokažejo še druge možnosti oskrbe, jih napotijo na drugo ustanovo in se z drugimi ustanovami tudi povežejo ter poskrbijo za premestitev.

Na podlagi uporabnikove prošnje se sklene sporazumna razveza dogovora in se mu ponudi pomoč v obliki informacij, priprave terapije ter se pusti odprto možnost za sodelovanje v prihodnosti.

Domovi za stare ljudi pri preselitvah najpogosteje ponudijo odhajajočim uporabnikom pomoč pri urejanju potrebnih stvari za odhod, jim podajajo informacije o njihovih pravicah in možnostih, se z njimi in njihovimi sorodniki in pristojnimi službami pogovorijo o vzrokih odhoda, jim svetujejo in pomagajo pri urejanju dokumentacije.

Pozanimajo se tudi, kako bo potekalo njihovo življenje v domačem okolju, če se selijo tja, in po potrebi posodijo kak pripomoček. Na koncu se podpiše še ustrezna dokumentacija, zahteva se poravnava obveznosti, neobvezno se preveri urejenost namestitve drugje in se poslovijo od uporabnika, za katerega prevzamejo skrb njegovi sorodniki.

Ima pa vsak odhod in vsaka preselitev posledice, ki jih nosi uporabnik, pa tudi ustanova. Preselitev ima na uporabnika in njegovo okolico pozitiven vpliv, če je le-ta izpeljana po njegovi želji in mu omogoča nastanitev, ki je bližje njegovemu domačemu kraju in sorodnikom. Prav tako so uporabniki bolj zadovoljni, če pridejo iz drugih zavodov v dom za stare ljudi zaradi boljše oskrbe. V primeru slabega psihofizičnega stanja pa lahko preselitev pomeni stres za uporabnika, njegove sorodnike in traja dlje časa, da jo sprejme. To potrjujejo tudi Pečjak (2007: 82) in Clough *et al.* (2004: 45). Zaradi tega so pogoste tudi slabe izkušnje glede preselitev, ki stare ljudi vznemirijo, če si jih ne želijo. Povzročijo tudi precejšnje težave pri prilagajanju uporabnikov na novo okolje, na drug način dela in nove ljudi. Lahko imajo tudi neugoden vpliv na psiho starega človeka in povzročajo strah, stres, napor, zmedenost in razočaranje uporabnika ob nedoseganju njegovih pričakovanj, povzročijo pa tudi izgubo novih prijateljev, pretrganje odnosov in, kar je najhuje, stigmatizacijo in drastično poslabšanje zdravstvenega stanja in celo smrt.

Vse kaže tudi na to, da so ob preselitvah najpogosteje zadovoljni sorodniki starega človeka, ki so tudi pobudniki preselitev, ki pa povzročijo še hujše posledice, če do njih pride iz finančnih razlogov. Ta proces torej za stare ljudi največkrat ne predstavlja pozitivne izkušnje, saj po navadi ne gredo na boljše ali pa se sploh ne ve, kaj se z njimi po preselitvi v resnici zgodi.

Transinstitucionalizacija pa ustanovam za enkrat še ne povzroča bistvenih posledic, saj te preselitve sprejmejo kot realnost. Posledice (finančne) preselitev čutijo predvsem tisti zavodi, ki se soočajo s številnimi preselitvami. Naloga ustanove je, da se ob preselitvah najde pristoječe mesto, poišče možnost namestitve za novega uporabnika in se mu prilagodi.

Ob preselitvah je opaznega več administrativnega dela zaradi priprave na uporabnika ob preselitvi, več dela za zaposlene, ki lahko včasih izpade kot nesmiselno, zlasti, ko vložijo v uporabnika veliko časa in truda in se ta pozneje preseli.

Pogostejše preselitve uporabnikov imajo lahko zelo negativen vpliv na ugled ustanove.

Z modernizacijo in hitrejšim tempom življenja se težko izognemo stalnim spremembam, s katerimi se soočamo v življenju. Vsekakor pa se mora pri vzpostavitvi sprememb v ustanovah, namenjenih starim ljudem, ponudba izgrajevati v skladu z vrednotami stroke in zagotavljati večjo možnost izbire uporabnikov. Razen dolgotrajne priprave zakona o dolgotrajni oskrbi in večjega poudarka na socialni oskrbi na domu pa pomembnejših sprememb in premikov na področju oskrbe starih ljudi ni, kljub temu, da so ti potrebni. Zlasti pri preselitvah se pričakuje predvsem porast in povečana vloga zasebnih domov za stare ljudi.

Spremembe torej so zaželene, a iz določenih razlogov (ekonomske razmere, različnost interesov) pogosto onemogočene, kar ima slab učinek na oskrbo starih ljudi. Čeprav smo glede razvijanja oblik oskrbe starih ljudi bolj ali manj stacionirani na eni in isti točki, ne smemo spregledati primerov dobre prakse in poskusov sprememb na tem področju. Ne glede na to, da potekajo izjemno počasi, so opazne, in sicer predvsem v obliki dodatne pomoči in podpornih mrež starim ljudem, z odpiranjem v skupnost, v vzporedni ponudbi oskrbovanih stanovanj, gospodinjskih skupin ter dnevnih centrov, z uvajanjem tehnologije, z vse več razpisi in finančnimi projekti, ki spodbujajo dezinstucionalizacijo, z novimi začetki v stroki in naravnosti k izvedbi drugačnih oblik oskrbe v skupnosti.

K dobrim izkušnjam pri preselitvah lahko pripomore tudi povezanost in sodelovanje med različnimi tipi ustanov, ki delujejo na področju oskrbe in pomoči starim ljudem. Takšno sodelovanje mora biti dobro in mora vključevati spoštovanje načela, da je uporabnik vedno v središču dela. Zajemati mora tudi stalno pripravljenost in stik z drugimi službami za hitrejšo ukrepanje. Dosedanje sodelovanje poteka glede na potrebe uporabnika, korektno in usmerjeno v reševanje življenjskih situacij. Poteka dnevno, na več nivojih, pri čemer je potrebno usklajevanje. Strokovne službe so med seboj v rednem telefonskem stiku, nekajkrat na leto pa se tudi sestanejo. Po ugotovitvah sodeč obstaja največji zadržek pri domovih za stare ljudi in splošnih bolnišnicah, kar včasih blokira dobro sodelovanje. Do tega pa pride najpogosteje pri preselitvah starih ljudi, ki so označeni kot »težavni«, ki se soočajo z ovirami v duševnem zdravju, so zelo bolni in se jih nehumano premesti v dom, kjer v zelo kratkem roku umrejo ali pa jih spremljajo predsodki (sprejem obsojenca).

Za konec pa naj še kritično ocenim metodologijo. Zbiranje podatkov ni potekalo po načrtu, saj v raziskavi ni želela sodelovati nobena od psihiatričnih bolnišnic, s čimer sem izgubila pomemben del podatkov. Prav tako bi lahko vključila v raziskavo še izkušnje posebnih zavodov.

Težavno je bilo tudi določanje časovnega okvira pri določenih vprašanjih, na primer: pri poizvedovanju o številu preselitev v domu za stare ljudi sem težko določila obdobje »v zadnjem letu« ali »v zadnjih petih letih«, saj bi na tak način spregledala določene preselitve, ali pa te ne bi prišle do izraza. Čeprav se je pokazalo, da bi bila postavitve časovnega okvira smiselna, sem želela, da vprašani pri takšnem odprtem vprašanju odgovorijo bolj opisno v smislu »letos je bilo dosti več preselitev kot pred 10 leti«.

V raziskavi sem sicer spraševala tudi po regiji domov za stare ljudi, a se slednje ni izkazalo za pomemben podatek. Opaznih je bilo le nekaj več preselitev iz bolj obrobnihih kot mestnih

domov – kjer je posledično čakalna doba za sprejem višja. Kljub temu pa ocenjujem, da veljavnost podatkov zaradi tega ni bila ogrožena.

6. SKLEPI

Če torej povzamem ugotovitve, je jasno, da je temo transinstitucionalizacije težko ločiti od drugih, z njo povezanih konceptov, katerih razumevanje nam razjasni dogajanje na področju bivanjske skrbi za stare ljudi. Tako lahko na podlagi rezultatov začutimo tesno povezanost procesov institucionalizacije, dezinstitutionalizacije, reinstitucionalizacije in transinstitucionalizacije.

Glavni sklepi naloge so:

- Navajenost na institucionalno varstvo je še vedno trdno zasidrana v mišljenju človeka ob iskanju najprimernejše in celostne oblike oskrbe za stare ljudi. Kljub temu se kažejo premiki in spremembe v mišljenju in spodbujanju razvoja oblik pomoči v domačem okolju, ki pa žal napredujejo zelo počasi. Čeprav institucije, kot so domovi za stare ljudi, niso več dojete kot izrazito negativne ustanove s funkcijo hiralnic, ampak veljajo za obliko pomoči, ki zadovoljuje različne potrebe starih ljudi, je kljub vse večji socialni usmeritvi domov in postavljanju uporabnika v središče razvidno, da se miselno ne premaknemo od poznanega. To je očitno iz gradnje novih velikih domov za stare ljudi in želje po specializiranosti slednjih. Takšna segregacija pa lahko privede do selitev oziroma do prikritega spodbujanja transinstitucionalizacije, ko človek preide z ene stopnje zdravstvenega stanja na drugo in potrebuje drugačno oskrbo, ki je prva ustanova ne more več zagotoviti, pa tudi zaradi potreb po več kapacitetah zaradi naraščanja starih, pomoči potrebnih ljudi. Na tak način se le zamenjajo oblike skrbi, ki pa dejansko niso bolj učinkovite, kvečjemu obratno.

- Izkazalo se je, da si vodstvo v domovih za stare ljudi želi sprememb, inovacij in fleksibilnosti, s katerimi bi starim ljudem zagotavljali kakovostno oskrbo, a se pri tem soočajo z ovirami s strani ministrstva, pa tudi s pomanjkanjem finančnih sredstev, neusklajenimi normativi, nepovezanostjo resorjev, zastarelo taksonomijo, neustrezno zakonodajo. Poleg tega v 115 občinah institucionalno varstvo ni organizirano. Vse to lahko vpliva na razmah transinstitucionalizacije, ko stari ljudje na ta račun ne dobijo potrebne oskrbe oziroma si je ne morejo privoščiti.

- Dejstvo je, da same institucije kot ustanove niso problem, in da bomo njihovo popolno ukinitve težko dosegli. Pravzaprav ta niti ni potrebna. Kar moramo doseči, je miselni preskok pri razumevanju starosti in oskrbi starega človeka ter organizacija služb in dela, ki bo urejena tako, da bo v vsakem trenutku zadovoljevala potrebe upravičenega do pomoči in mu

omogočala čim višjo kvaliteto življenja. Na tak način se bomo izognili tudi reinstitucionalizaciji v domove za stare ljudi, ki se je v raziskavi izkazala kot izjemno pogost pojav, do katerega pride v prvi vrsti zaradi poslabšanja psihofizičnega stanja po začasnem izboljšanju in kot posledica pomanjkljive oskrbe v domačem okolju ali drugi ustanovi.

- Veliko vlogo pri institucionalizaciji in posledično transinstitucionalizaciji igra kapital. Ta je namreč pogosto v ozadju za idejami nekaterih storitev in programov. Iz tega razloga je tudi bolj aktualna gradnja velikih domov za stare ljudi namesto manjših in bolj domačih, prav tako zaradi tega v ospredje prihajajo ideje po specializiranosti domov, kar vodi v segregacijo; visoke cene oskrbe vplivajo na več odhodov in na preselitve v cenejše domove za stare ljudi, pokazalo pa se je tudi, da društva zaradi finančnih apetitov črnijo delo domov za stare ljudi, zaradi česar prihaja do tekmovanja za uporabnike.

- Domovi za stare ljudi so ustanove, kjer je starim ljudem zagotovljena celostna oskrba in veljajo za najbolj humane institucije izmed vseh, kjer se oskrbuje ljudi, ki potrebujejo pomoč drugih. Sprejemajo pa vse več ljudi z različnimi težavami – od hudo bolnih iz splošnih bolnišnic, ljudi s hudo demenco iz psihiatričnih bolnišnic, ljudi iz posebnih zavodov, ko ti dopolnijo starost 65 let. Za takšnimi sprejemi pa zopet lahko stoji težnja države o zmanjševanju stroška, saj mora uporabnik oskrbo v domu kriti sam (izjema so primeri, ko stroške krije občina).

- Pri razčlenjevanju razmer v slovenskih ustanovah se na koncu vedno pokaže težnja države po zmanjševanju stroškov in razmišljanje o tem, zakaj ne bi na primer izkoristili že obstoječih zavodov za nastanitev tistih, ki potrebujejo določeno oskrbo. Na tem mestu so mišljeni predvsem varovani zaprti oddelki bolnišnic izven prostorov zavoda za prestajanje kazni zapora in domovi za stare ljudi. Na tak način bi se država rada izognila graditvi posebnih prostorov za socialno varstveno oskrbo v zaporih in s tem povezanim stroškom ter na drugi strani z gradnjo novih dragih domov za stare ljudi polnila svojo finančno skrinjo. Po vsej verjetnosti pa med seboj sodelujejo tudi druge ustanove, ki se povežejo, ko gre za obstoj institucije, ne pa nujno tudi za obstoj človeka. Slednje se je izkazalo za resnično v primeru novega oddelka v medgeneracijskem središču ŠMELC v Litiji, kjer so se soočali s popolnim nezanimanjem starih ljudi za nastanitev v tamkajšnjih, sicer moderno urejenih prostorih. V občini so se poslužili raznih ukrepov, da bi stare ljudi iz prepolnega doma iz sosednje občine prisilili v nastanitev v že omenjenih prostorih. Razlog za to je bil v prvi vrsti finančne narave in težnja po tem, da tako pripomorejo k polnjenju občinske blagajne (Rajšek 2015).

- Precejšen problem predstavlja tudi privatizacija in omejena sredstva, s katerimi je težko delati inovativno. Primer tega je Zakon o javno zasebnem partnerstvu (ZJZP 2006), ki dovoljuje porazdelitev sredstev in odgovornosti javno zasebnemu sektorju, kar lahko pripelje do krčenja obsega javnih služb, s tem pa tudi do krčenja socialne države. Dostop do nege in oskrbe, sploh v socialni državi, nikakor ne bi smel biti pogojen s finančnimi zmožnostmi posameznika. Na tem mestu lahko dodamo tudi opažanja oziroma posledice takšnega ravnanja države, ki so jih zaznali Filipovič Hrast *et al.* (2014: 81), in sicer, da se morajo patronažne sestre iz zasebnih zavodov bolj »boriti« za svoje oskrbovance v primerjavi s patronažnimi delavkami iz javnih zdravstvenih domov, saj je posredi dobiček, ki spodbuja nezdravo tekmovanje na področju, kjer slednje zares ni zaželeno.

- Dezinstytucionalizacije na področju oskrbe za stare ljudi ni bilo zaznati veliko, saj prevladuje mnenje, da je smiselna le v primerih, ko so ljudje še samostojni, ne pa bolni in nezmožni skrbni zase. Na tem mestu je smiselno pokazati na opozarjanja Flaker *et al.* (2007: 59), ki pravijo, da se na dezinstytucionalizacijo na področju dela s starimi ljudmi pozablja, saj pred seboj nimajo več dolgega življenja.

Za ta segment ljudi se torej ne razmišlja v smeri iskanja oblik oskrbe, ki bi jih izvajali izven institucije. Prav tako se dezinstytucionalizacijo razume kot spodbujanje čim daljšega bivanja v domačem okolju in ne zagotavljanje pomoči, ki bo omogočilo bivanje v domačem okolju do konca življenja. Prav gotovo pa tudi ni v prid ustanov, da bi prišlo do njihovega zapiranja. Dezinstytucionalizacijo na področju oskrbe starih ljudi pa omogoča zlasti finančna stiska uporabnikov, kar pa ni pravi razlog za udejanjanje tovrstnih idej.

- Dezinstytucionalizacija na področju oskrbe starih ljudi je opazna predvsem v obliki storitve pomoči na domu, ki jo lahko na nek način razumemo tudi kot korak pred vstopom v institucijo, in ideji o zasnovi manjših domov za stare ljudi. Pomoč na domu torej velja na eni strani za podaljšano roko institucij, kot so domovi za stare ljudi, ki se v prihodnosti vidijo kot njihovi edini izvajalci, in hkrati za storitev, v kateri se kaže dezinstytucionalizacija, kar je nekoliko protislovno. Ni pa pomoč na domu dostopna vsem pod enakimi pogoji, kar tudi predstavlja oviro pri zagotavljanju oskrbe starim ljudem. Širjenje manjših kapacitet z enakimi idejami kot večje institucije pa se tudi ne bi smelo šteti za premik v smeri dezinstytucionalizacije, saj lahko naraščanje števila takšnih oblik pomoči prav tako vodi v transinstitucionalizacijo in daje priložnost za preselitve.

- Ne glede na vse pa se dezinstitucionalizacijo na področju oskrbe starih ljudi povezuje predvsem s pozitivnim vplivom na stare ljudi, če upošteva njihove potrebe ter značilnosti in pod pogojem, da jim ne sme biti vsiljena in izvedena na vsak način, saj vendarle morajo obstajati različne oblike oskrbe, ki omogočajo ljudem izbiro in s tem večajo kvaliteto bivanja in kakovostno starost. Prav tako je lahko dezinstitucionalizacija koristna za izvajalce oskrbe, če znajo spremembe izkoristiti in so na to pripravljeni. Bo pa očitno takšna oskrba v skupnosti potrebovala še dosti časa in veliko načrtovanja, da bo postala dobro sprejeta rešitev pri oskrbi starih ljudi.

- Dezinstitucionalizacija se lahko kaže tudi v spremembi vrednot in preoblikovanju že obstoječih oblik oskrbe ter jih naredi bolj dostopne, odprte in sproščene. Pri tem pa moramo biti pozorni na pasti dezinstitucionalizacije, kot so transinstitucionalizacija, zanemarjanje v domačem okolju, nasilje nad starimi ljudmi, odtegotvanje oskrbe, nastajanje oblik oskrbe, ki so pravzaprav predrugačeno institucionalno varstvo.

- Pri izvajalcih oskrbe dezinstitucionalizacija sproža pomisleke zaradi zmanjšane povpraševanja po njihovih storitvah, spremembo do sedaj ustaljenih oblik dela in finančno, logistično in kadrovsko večji zalogaj, čeprav trenutno pri tem ni bojzani zaradi velikega zanimanja za mesta v domovih. Hkrati jim odpira tudi nov pogled na oskrbo in omogoča večjo fleksibilnost in možnost uvajanja inovacij ter večje zaposlovanje, kar je dobra odskočna deska za načrtovanje oskrbe v prihodnosti.

- Potrdilo se je, da transinstitucionalizacija pri nas poteka, in sicer predvsem zaradi finančnih razlogov in nezmožnosti zagotavljanja primerne oskrbe in ne na račun dezinstitucionalizacije. V kriznih časih se ljudje namreč velikokrat odločijo za preselitev v domače okolje ali v cenejše oblike oskrbe zaradi denarne stiske in podpiranja družine s pokojnino. Do preselitev pogosto pride tudi zaradi izboljšanja zdravstvenega stanja uporabnika, bližine domačega kraja in sorodnikov, preselitev po začasni namestitvi. Zelo redko se je kot razlog izkazal negativno doživljanje neke ustanove ali slabe izkušnje s kvaliteto oskrbe (čeprav ne moremo trditi, da teh razlogov ni).

- Analiza kaže, da pri nas predstavlja eno večjih tveganj dezinstitucionalizacije varstveno delovnih centrov in posebnih zavodov prav transinstitucionalizacija, ki pelje v domove za stare ljudi, ki imajo proste kapacitete in so posledično bolj na odročnih mestih.

- Največ preselitev starih ljudi poteka iz drugih zavodov v domove za stare ljudi ali iz oziroma v psihiatrične bolnišnice in posebne zavode. Zelo pogoste so tudi preselitve v in iz splošnih bolnišnic in zasebnih domov ter v domove za stare ljudi v tujini. Najmanj premestitev je iz zavoda za prestajanje kazni zapora. Te preselitve pa so tudi najtežje izvedljive zaradi predsodkov do preseljenih ljudi.

Pri vseh preselitvah odigra veliko vlogo center za socialno delo.

- Področje, v katero je zajeta transinstitucionalizacija, za enkrat še ni dobro nadzorovano in pokrito, tako da se dejansko ne ve, kaj se s starim človekom, predvsem v domačem okolju ali v drugi instituciji, po preselitvi dogaja. Ker pa bo starih ljudi vse več in se bodo tudi tisti, ki so sedaj v drugih institucijah, postarali in potrebovali drugačno pomoč, so potrebni načrti in seveda dodaten usposobljen kader. V nasprotnem primeru se lahko pojav transinstitucionalizacije okrepi.

- Tako, predvsem zaradi osredotočenosti na formo in ne na vsebino, prihaja do preselitev ljudi in iskanja namestitev v zavodih, ki še omogočajo izpolnjevanje človekovih pravic in potreb na področju zdravstvene in socialne oskrbe. Vsekakor pa je težko soditi o tem, kam nastaniti človeka v starosti, ko sam ne zmore več skrbeti zase in je oteženo njegovo odločanje. Pri tem pa mislim, da zagotovo ni dobro razmišljati o preselitvah, ki jih vodi finančna motiviranost. Takšne preselitve slabo vplivajo tako na samega uporabnika kot tudi na okolico, na svojce, na celotno miselnost družbe in na večjo stigmatiziranost starosti.

7. PREDLOGI

Konkretne predloge glede transinstitucionalizacije je težko podati, saj je tema še v začetni fazi raziskovanja in je namenjena predvsem vpogledu v to področje. Vsekakor pa je jasno, da pri medinstitucionalnih preselitvah ne gre za proces, ki bi si ga večina želela, zato se jim je potrebno izogniti, jih preprečiti, zaustaviti, in sicer z bolj doslednim delom, večjim vključevanjem socialnih delavcev pri oblikovanju oskrbe in izvajanju le-te, v to pa vložiti več samoiniciativnosti in pristojnosti, saj je potrebno, da je ta pojav ustrezno nadzorovan, da je delo opravljeno tako, da ljudem viša kakovost življenja.

Pri tem menim, da bi morali socialnim delavcem priznati pomembnejšo vlogo pri iskanju skupnih rešitev z ministrstvom in vodstvom ustanov, saj imajo socialni delavci celosten vpogled v življenje starih ljudi in tako teoretično kot praktično znanje. Na področju zakonodaje je potrebno, da socialni delavci izurijo spretnost pogajanja, poznavanja zakonov, potreb ljudi in stremjenja k akcijskemu delu. Socialni delavci bi morali izvajati večji pritisk na državo, se zoperstaviti medicinskemu modelu, ki ne postavlja posameznika v ospredje, se vključevati v pomembne odločitve, ki se tičejo socialnega varstva starejših, dodatno usposablјati strokovnjake in se boriti za pravice neformalnih oskrbovalcev.

Zaznati morajo tudi, kdaj je kakšna preselitev škodljiva ter kdaj upravičena in dobra, ob tem pa uporabniku pomagati pri urejanju potrebnih zadev, pripravi na novo okolje in izdelavi preselitvenega načrta. Prav tako morajo stremeti k temu, da delujejo v korist uporabnikov, pri čemer jim pomaga raziskovanje njihovega življenjskega sveta. Na podlagi tega lahko s svojim znanjem preprečijo možno nevarnost za ljudi (stiske ob selitvah, pomanjkljiva oskrba, zlorabe ipd.), saj prepoznajo, kaj stoji za preselitvijo, preprečijo nesmiselne preselitve in ohranijo stik s starim človekom tudi po preselitvi in sodelujejo pri oblikovanju varnega okolja za vse.

Naloge socialnih delavcev vidim tudi v večjem povezovanju in sodelovanju z različnimi zavodi, v informiranju uporabnikov in njihovih sorodnikov glede različnih oblik oskrbe, v iskanju novih inovativnih oblik podpore in pomoči, v posredovanju pri konfliktnih situacijah, ki jih lahko povzročijo preselitve, in raziskovanju virov moči v socialnih mrežah starih ljudi. Socialni delavci, zaposleni v različnih socialno varstvenih institucijah, morajo težiti k temu, da se spodbujajo ideje, ki zagotavljajo višjo kakovost življenja uporabnikov in njihovo vključevanje pri iskanju rešitev. Podpirati morajo zamisli, ki so usmerjene v krepitev uporabnikove moči in k njegovemu lažjemu ter boljšemu življenju, in ne zgolj sprejemati

situacije, takšne kot je. Ob tem zavedanju lahko socialni delavci vplivajo na drugačen razvoj institucionalnega varstva ter strokovno skrbijo za večanje znanj delavcev in stroke na področju dela s starimi ljudmi ter jim omogočajo dostop do potrebne pomoči.

Zato je potrebno transinstitucionalizacijo natančno spremljati tudi statistično, saj lahko sicer izgubimo tako pregled nad tem, kaj se z ljudmi dogaja, kot tudi možnosti za spremembe. Zato se mi zdi pomembno, da v socialnem delu razmišljamo o tovrstnih grožnjah, ki vsebujejo relevantno socialno-delovno tematiko (posledice transinstitucionalizacije so lahko brezdomstvo, nasilje, osamljenost, stigme, razpadanje javne mreže, delo na črno, otežen dostop do potrebnih storitev, izstop premožnejših iz javne mreže storitev).

V ta namen pa je potrebno ob odhodu iz institucije delati na načrtu za prihodnost in podpori uporabnika. Potrebno je tudi zbirati povratne informacije o tem, kako je z uporabnikom po preselitvi. Na podlagi takšnih podatkov lahko nadalje načrtujemo delo, ga izpopolnjujemo in spreminjamo.

Res je, da sta finančna in ekonomska kriza prinesli velike družbene spremembe, ki pa jih lahko izkoristimo kot priložnost za iskanje novih in drugačnih oblik oskrbe. Ob tem pa moramo razmišljati tudi o naših vrednotah in humanizaciji odnosov med zaposlenimi v ustanovah in uporabniki, saj še tako dober sistem ne bo funkcioniral, če ljudje ne bomo razvijali empatije do soljudi. Zato menim, da je potrebno tudi večje spodbujanje koriščenja varovanih, oskrbovanih in zaščiteneh stanovanj, povezanih s centri pomoči. Potrebno je razviti terensko delo, ki bi omogočilo več obiskov na domovih in odkrivalo dejanske potrebe starih ljudi, razviti rejništvo za stare ljudi, oblikovati več skupin za samopomoč, dnevnih centrov, kriznih centrov, prostovoljnega dela in medgeneracijskih centrov, spodbujati izobraževanja za starost, organizirati pomoč sorodnikom in spodbujati krepitev socialne mreže.

Ob tem pa moramo tudi kritično pogledati na obstoječe oblike oskrbe, sodelovati z drugimi strokami in raziskovati potrebe ljudi, da lahko oblikujemo nove in drugačne oblike podpore, ki zadostujejo zahtevam in željam uporabnikov. Transinstitucionalizacija lahko opiše tudi nepravilno izvedeno oskrbo ali nepravo izbiro le-te. Zato se moramo, preden iščemo rešitve za nastalo situacijo, najprej vprašati, kaj je vzrok za tovrstne nepravilnosti (je do težav prišlo v sami oskrbi, so ljudje v stiski zaradi finančnih težav ali zaradi kakšnih drugih okoliščin).

Opazne spremembe v starostni strukturi prebivalstva terjajo tudi oblikovanje ustreznih programov pri (re)organizaciji oblik oskrbe za stare ljudi, in sicer tako na državni kot na

lokalni ravni. Institucionalno varstvo je za državo in družbo zelo drago in dolgoročno ne bo vzdržalo finančnega pritiska, slednje pa napotuje k iskanju drugačnih rešitev.

Transinstitucionalizacija je povezana z bivanjsko politiko. Dostop do stanovanj in storitev zagotovo vpliva na zmanjšano število hospitalizacij in vstopov v druge institucije, zapore, zavetišča. Revščina, ki vse bolj pritiska, pa lahko vodi v institucionalizacijo ali brezdomstvo. V takih primerih bi bila zato smiselna uvedba kvotnega sistema, kot ga poznajo v Angliji, kjer mora investitor pri vsaki gradnji predvidevati nekaj socialnih stanovanj.

Glede na to, da so preselitve med domovi za stare ljudi in psihiatričnimi bolnišnicami pogoste, bi bilo smiselno urediti vmesne službe oziroma prostore za oskrbo po zgledu gerontopsihiatričnih klinik. To bi bilo smiselno zato, ker so uporabniki pri nas razpršeni po različnih ustanovah, kar ne vpliva ugodno niti nanje niti na osebe in ostale sostanovalce.

Zgledujemo se lahko tudi po Bielefeldskem modelu, ki uvaja skupnosti oziroma manjša naselja v lokalnem okolju, v katerem so skoncentrirane vse službe in storitve, ki omogočajo starim ljudem bivanje v domačem okolju. Ker je Slovenija majhna, takšne skupnosti po vsej verjetnosti ne bi zaživele. Bi pa lahko sedanje domove za stare ljudi bolj aktivirali in jih oblikovali kot skupnostne centre, ki bi se povezovali z lokalnim okoljem in bi prebivalcem nudili potrebno pomoč in podporo. V tem primeru pa bi morali delati obratno od sedanje težnje po specializiranosti ustanov, ki ljudi segregira in spodbuja transinstitucionalizacijo. Če ustanove podpirajo celostno oskrbo človeka, bi jo morale tudi zagotoviti in delovati tako, da pokrijejo čim več uporabnikovih potreb. To pa ne pomeni, da ob prvi oviri pri zagotavljanju ustrezne oskrbe iščejo rešitve in možnosti v namestitvi v drugi ustanovi.

Po principu prej omenjenega modela bi bila lahko ena od rešitev tudi ambulantna služba z ustrezno usposobljenim kadrom, ki bi delovala v vsakem kraju in bi bila na razpolago 24 ur na dan. Tako bi bila storitev prilagojena uporabnikom in ne obratno, hkrati pa bi starim ljudem omogočala bivanje v domačem okolju. Takšna služba pa ne bi zagotavljala samo zdravstvene storitve, ampak tudi socialno. To bi preprečilo reinstitucionalizacijo ob poslabšanju zdravstvenega stanja.

Glede na to, da so največje težave starih ljudi bolezni, poškodbe in šibko zdravstveno stanje, bi bilo smiselno v obstoječih ustanovah oblikovati odprte oddelke z rehabilitacijskim kompleksom in organizirati prevoze do njih. Tako bi se izognili institucionalizaciji in ob poslabšanju stanja tudi transinstitucionalizaciji in reinstitucionalizaciji.

Dobra rehabilitacijska strategija bi bila za začetek tudi več dnevnihi centrov, povezanih z rehabilitacijskim centrom. To bi imelo dvojno prednost, saj bi bil uporabnik v zavodu v dnevnem času, da svojcev ne bi skrbelo za njegovo varnost, čez noč pa bi bil doma.

Smiselna pa bi bila tudi uskladitev med domovi za stare ljudi oziroma drugimi ustanovami, med katerimi preselitve potekajo, zlasti glede odpovednih rokov in plačila stroškov. V času premestitvenega obdobja namreč uporabnik plačuje storitve na obeh koncih, kar je v dobrobit ustanov, spet pa ne v dobro uporabnika.

V predlogih glede nadaljnjega raziskovanja te teme bi bilo dobro analizirati obstoj in potek transinstitucionalizacije v neki določeni ustanovi in narediti analizo, zakaj tam do tega procesa prihaja, kakšne so posledice ter možne spremembe, da se temu procesu izognemo. Zanimivo pa bi bilo tudi narediti raziskavo, kako transinstitucionalizacija vpliva neposredno na stare ljudi, kako jo sami vidijo in kakšne so njene posledice na kakovost njihovega življenja. V raziskovanje bi bilo dobro vključiti še psihiatrične in splošne bolnišnice ter posebne zavode.

Sem pa na raziskovalni poti naletela tudi na težave zaradi zastarelosti dostopnih podatkov na spletu, zato v tem primeru predlagam, da se posodobijo predvsem informacije o številu obstoječih domov za stare ljudi in ostalih institucijah, v katerih živijo stari ljudje, da se naredi pregleden seznam teh ustanov, prikaže njihova namembnost in osvežijo kontaktni podatki.

8. LITERATURA

- Accetto, B. (1968), *Staranje, starost in starostno varstvo*. Ljubljana: Republiški odbor Rdečega križa.
- Agich, G. J. (2003), *Dependence and Authonomy in Old Age*. Cambridge: University Press (str. 56 – 65).
- Anžič, S. (2006), Socialna politika na območju Ljubljane do druge svetovne vojne. V: Zaviršek, D., Leskošek, V. (Ur.), *Zgodovina socialnega dela v Sloveniji. Med družbenimi gibanji in političnimi sistemi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (165-179).
- Atkinson, D. (1998), Living in Residential Care. V: Brechin, A., Walmsley, J., Katz, J., Peace, S. (Ed.), *Care Matters: Concepts, Practice and Research in Health and Social Care*. London: Sage Publications (13 – 26).
- Becker, T., Hoffman, H., Puschner, B., Weinmann, S. (2008), *Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhamme.
- Bond, J., Corner, L. (2004), *Quality of life and older people: rethinking age*. New York : University Press.
- Clough, R., Leamy, M., Miller, V., Bright, L. (2004), *Housing Decisions in Later Life*. New York: Palgrave Macmillan.
- Filipovič Hrast, M., Hlebec, V., Knežević Hočevar, D., Černič Istenič, M., Kavčič, M., Jelenc-Krašovec, S., Kump, S., Mali, J. (2014), *Oskrba starejših v skupnosti : dejavnosti, akterji in predstave*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Flaker, V. (1998), *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba / *cf.
- Flaker, V., Kresal, B., Mali, J., Milošević Arnold, V., Rihter, L., Velikonja, I. (2004), *Delo z dementnimi osebami – priprava modela obravnave oseb z demenco*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Urek, M., Mali, J., Rode, N., Podgornik, N. (2007), Procesi dezinstucionalizacije posebnih zavodov v Sloveniji. V: Urek, M., Debeljak, B. (ur.), *Socialno delo za enake možnosti za vse: knjiga povzetkov. Kongres socialnega dela Maribor, 2007*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (59).

- Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., Urek, M. (2008), *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V. (2012), *Kratka zgodovina dezinstucionalizacije v Sloveniji*. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39, 250: 13-30.
- Flego, M., Sorta, H., Orel, K. (2012), *Proces dezinstucionalizacije in odprava prisile v posebnih socialnih zavodih*. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39, 250: 153-159.
- Gerontološko društvo Slovenije (1993), *Staranje in starostno varstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Skupščina Gerontološkega društva Slovenije.
- Habjanič A, Lahe D. (2012), *Nasilje nad starejšimi slabega zdravja v domačem okolju in domovih starejših občanov*. *Obzornik Zdravstvene Nege* 46,1: 37-45.
- Heinzelmann, M. (2004), *Das Altenheim – immer noch eine »totale institution«? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweiter Altenheime*. Göttingen: der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Göttingen.
- Hlebec, V. (2009), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej
- Hlebec, V., Mali, J. (2013), *Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših ljudi v Sloveniji*. *Socialno delo* 52, 1: 29-41.
- Hojnik Zupanc, I. (1994), *Institucionalno bivanje starih ljudi*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
- Hvalič Touzery, S. (2007), *Družinska oskrba starih družinskih članov: doktorska disertacija*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Kolarič, Z., Rakar, T., Kopač Mrak, A. (2009), *Slovenski sistem blaginje v procesu postopnega spreminjanja*. V: Hlebec, V. (Ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej (45-75).
- Kornhauser, A., Mali, J. (2013), *Priprava starega človeka na življenje v domu za stare ljudi*. *Socialno delo* 52, 5: 321-331.
- Kresal, F. (1998), *Zgodovina socialne in gospodarske politike v Sloveniji od liberalizma do druge svetovne vojne*. Ljubljana : Cankarjeva založba.
- Lamovec, T. (1999), *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Left, J. (1997), *Care in the community: illusions or reality?* New York : Willey.
- Leskošek, V., Urek, M., Zaviršek, D. (2010), *Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in partnerskih odnosih*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo (končno poročilo).

- Ličina, M., Tisu, F. (1983), Gerontopsihiatrična problematika Doma starejših občanov Vič- Rudnik, enota Bokalci. *Obzornik zdravstvene nege* 17, 5:274-281.
- Mali, J., Miloševic Arnold, V. (2007), *Demenca – izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J. (2008), *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Fakulteta za socialno delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
- Mali, J. (2009), *Spremembe v institucionalnem varstvu starejših*. V: Hlebec, V. (Ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej (95-107).
- Mali, J. (2012a), Socialno delo s starimi ljudmi in nova socialna zakonodaja. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39, 250: 128-137.
- Mali, J. (2012b), Uvajanje dezinstitutionalizacije na področju oskrbe starih ljudi. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39, 250: 89-94.
- Mali, J. (2013), *Dolgotrajna oskrba v Mestni občini Ljubljana*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Marshall, J. (1982), *Madness: an indictment of the mental health care system in Ontario*. Toronto: Ontario public service employees union.
- Mesec, B.(1997), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 2 (skripta)*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mesec, B. (1998), *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mesec, B. (2009), *Načrtovanje raziskave : študijsko gradivo za interno uporabo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Miloševič Arnold, V. (2000), Profesionalna vloga socialnih delavcev pri delu s starimi ljudmi. *Socialno delo* 39, 4/5: 253-262.
- Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 (NPSV), Uradni list RS, št. 31/2000.
- Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004 (NPZV), Uradni list RS, št. 49/00.
- Nagode, M. (2009), *Organizirana pomoč za stare ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo*. V: Hlebec, V. (Ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej (125-138).
- Novljan, E., Jelenc, D. (2002), *Odraslost: osebe z motnjami v duševnem razvoju*. Starostnik o motnjami v duševnem razvoju. Ljubljana: Sožitje.

- Pečjak, V. (2007), *Psihologija staranja*. Bled: samozaložba.
- Pravilnik o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva (Ur. l. RS št. 38/2004).
- Rafaelič, A., Žerjav N., Flaker, V. (2012), Nomadi norosti na poti mimo norišnic in zaporov : potopis kot so ga s pomočjo drugih zapisali Andreja, Neja in Vito. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39, 250: 213-279.
- Rafaelič, A., Flaker, V. (2012), Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39, 250.
- Rafaelič, A. (2015), *Pomen povezovanja in vključevanja pri oskrbi po meri človeka in procesih dezinstucionalizacije*. Doktorska disertacija, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Ramon, S. (1996), *Mental health in Europe: end, beginnings and rediscoveries*. London: Macmillan.
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 (ReNPSV06-10). Uradni list RS, št. 39/2006.
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020 (ReNPSV13-20). Uradni list RS, št. 39/2013.
- Rus, V. (1990), *Socialna država in družba blaginje*. Ljubljana: Inštitut za sociologijo, Domus.
- Sedlat, T. (2002), Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. *Obzornik Zdravstvene Nege* 36: 143-151.
- Seth, H.C. (2013), *Management of the mental hospital*. *International journal of psychosocial rehabilitation* 17, 2: 69-73.
- Simmons, H. (1990), *Unbalanced: Mental health policy in Ontario, 1930-1989*. Toronto: Wall and Thompson.
- Stravis, P. (2000), *Why prisons are brim-full of the mentally ill: Is their incarceration solution or a sign of failure*. *George Mason University Civil Rights Law Journal* 11, 157-202.
- Videmšek, P. (2012), *Prehodnost stanovanjskih skupin – kje se izgublja proces dezinstucionalizacije*. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39, 250: 74-85.
- Videmšek, P. (2013), *Iz institucij v skupnost: Stanovanjske skupine nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

- Vertot, N. (2007), *Invalidi, starejši in druge osebe s posebnimi potrebami v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Vertot, N. (2008), *Prebivalstvo Slovenije se stara – potrebno je medgeneracijsko sožitje*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Vertot, N. (2010), *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), Uradni list RS, št. 77/08.
- Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS-1), Uradni list RS, št. 110/2006.
- Zakon o javno-zasebnem partnerstvu (ZJZP), Uradni list RS, št. 127/2006.
- Zakon o socialnem varstvu (ZSV), Uradni list RS, št. 3/2007.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), Uradni list RS, št.23/2005.
- Wacker R.R., Roberto, K.A. (2008), *Community resources for older adults: programs and services in an era of change*. Los Angeles: SAGE.

SPLETNI VIRI:

- Bakal, O. (2014), Morilca so premestili z Doba v dom upokojencev:
<http://www.slovenskenovice.si/novice/slovenija/morilca-so-premestili-z-doba-v-dom-upokojencev> (18.8.2015) IN
<http://www.zurnal24.si/v-domu-za-starejse-nastanili-obsojenega-morilca-clanek-236908> (18.8.2015).
- Finance (2014), Domovi za starostnike se praznijo:
<http://www.finance.si/8800019/Domovi-za-starostnike-se-praznijo?cookietime=1447230492> (20.9.2015).
- Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A., Udovič, N. (2010), *Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva: Protislovja uvajanja dolgotrajne oskrbe (končno poročilo)*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo in Fakulteta za socialno delo. Dostopno na: www.fsd.si/mma/.../2010041610423307/ (2.3.2016).
- Hočevnar, B. (2013), Domovi za upokojence: skoraj 230 prostih mest čaka. Delo :
<http://www.delo.si/novice/slovenija/domovi-za-upokojence-skoraj-230-prostih-mest-caka.html> (12.11.2015).
- Huč Uršič, J.(2015), Domovi za starejše – koristne informacije:

- <http://www.zdus-zveza.si/domovi-za-starejse-koristne-informacije> (5.10.2015).
- Iechovich, E. (2014), Aging in place: From theory to practice:
http://www.drustvo-antropologov.si/AN/PDF/2014_1/Anthropological_Notebooks_XX_1_Iecovich.pdf (1.9.2015).
 - Kajzer, A. (2007), Izzivi dolgožive družbe v Sloveniji in primer finske politike aktivnega staranja:
<http://www.arhiv.ds-rs.si/kb/posveti/index2912.html?View=entry&EntryID=82> (1.9.2015).
 - Kerbler, B. (2011), Trajnostno bivanje starejših. *Revija za geografijo – Journal for Geography* 6-2, 2011: 41-52: http://www.ff.uni-mb.si/zalozba-in-knjigarna/ponudba/zbirke-in-revije/revija-za-geografijo/clanki/stevilka-6-2-2011/062-06_kerbler1.pdf (15.9.2015).
 - Knowles, C. (2000), Bedlam on the streets:
<https://artistresearcher.wordpress.com/category/miscellaneous-outside-of-main-research/madness/> (5.1.2015).
 - Kohan, S. (2015), Re-or trans-institutionalization of Mentally Ill, A failure of Deinstitutionalization :
<http://blogs.law.harvard.edu/sharamkohan/re-or-trans-institutionalization-of-mentally-ill-a-failure-of-deinstitutionalization/> (24.8.2015).
 - Konrad, N. (2002), Prisons as new asylums, *Current Opinion in Psychiatry*, 15:pp. 583-87:
http://www.opzcrekem.be/gebruikersbestanden/File/MARSHALL_ppt_lezing.pdf (5.1.2015).
 - Koyanagi, C., Bazelon, D.L. (2007), *Learning from history: deinstitutionalization of people with mental illness as precursor to long term care reform*. Washington: Kaiser commission on medicaid and the uninsured:
https://www2.nami.org/Template.cfm?Section=About_the_Issue&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=137545 (27.8.2015).
 - Lekše, N. (2013), Spoštovanje pravic prebivalcev domov za starejše:
http://www.zdus-zveza.si/docs/VSEBINE-STAR.%20IN%20SOC.%20POLO%C5%BDAJ/5_-_ga._Lekse.pdf (1.9.2015).

- Mikuž, B. (1995), Stiske dementnega bolnika in njegovih svojcev pri sprejemu in odpustu s psihiatrične klinike. *Obzornik zdravstvene nege* 29: 189-92: www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-AND3IK0V/0ad2dae6.../PDF (15.9.2015).
- Novak, I. (2014), Kriza in domovi za starejše: odhajajo še ne, prošelj pa manj: http://www.lokalno.si/2014/01/03/108756/aktualno/DL_Kriza_in_domovi_za_starejse___Odhajajo_se_ne__prosenj_pa_manj/ (20.9.2015).
- Pedersen, P.B., Kolstad, A. (2009), *De-institutionalisation and trans-institutionalisation - changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007*: <http://www.ijmhs.com/content/3/1/28> (5.1.2015).
- Petek, R. (2009), V domu upokojeencev vse rožnato? : http://www.novitednik.si/zapisi.php?id=515&id_zapis=1636&m=7&l=2009 (15.9.2015).
- Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (2010): http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/ZDO_ZDO_uvod__cleni_in_obrazlozitev_-_12.03.2010.pdf (15.9.2015).
- Prins, S.J. (2011), *Does transinstitutionalization explain the overrepresentation of people with serious mental illnesses in the criminal justice system?:* https://www.academia.edu/2527101/Does_Transinstitutionalization_Explain_the_Overrepresentation_of_People_with_Serious_Mental_Illnesses_in_the_Criminal_Justice_System (24.8.2015).
- Psychiatry 2013: <http://acsweb.ucsd.edu/~aap019/CSE3/Lab2/MyCareer.pdf> (5.1.2015).
- Rajšek, B. (2015), Občina Litija želi pokoriti dom Tisje: <http://www.delo.si/novice/ljubljana/obcina-litija-zeli-pokoriti-dom-tisje.html> (5.9.2015).
- Sheth, H.C. (2005), *Common problems in psychosocial rehabilitation. International journal of psychosocial rehabilitation* 10, 1: 53-60: http://www.psychosocial.com/IJPR_10/Common_Problems_in_PSR_Sheth.html (5.1.2015).
- Sommer, R., Osmond, H. (1981), *The mentally ill in the eighties. Orthomolecular psychiatry* 10, 3:193-201: <http://orthomolecular.org/library/jom/1981/pdf/1981-v10n03-p193.pdf> (25.8.2015).

- Švab, V. (2012), Skupnostna psihiatrija:
http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf (5.1.2015).
- Žibret, A. (2012), Težave novih domov za starejše odpravili le začasno:
<http://www.delo.si/novice/slovenija/tezave-novih-domov-za-starejse-odpravili-le-zacasno.html> (20.9.2015).
- 24 UR Inšpektor (2016), Kdo so brezdomci, ki v teh mrzlih in deževnih dneh prenočujejo na prostem?:
<http://www.24ur.com/novice/slovenija/narkomanske-igle-na-vlakah.html> (9.1.2016).

9. PRILOGE

Priloge 1, 3, 4, 5, 6 in 7 so priložene nalogi, priloge od 8 do vključno s 15 pa zaradi preobsežnosti gradiva hranim pri sebi.

Priloga 1 – Standardiziran spletni vprašalnik za direktorje in direktorice domov za stare ljudi v Sloveniji

Priloga 2 – Prikazan odstotek osipa po posameznih vprašanjih s spletnega vprašalnika

Priloga 3 – Intervju z direktorjem doma za stare ljudi A

Priloga 4 – Intervju z direktorjem doma za stare ljudi B

Priloga 5 – Intervju z direktorjem doma za stare ljudi C

Priloga 6 – Intervju z direktorjem doma za stare ljudi D

Priloga 7 – Intervju s socialnim delavcem v zavodu za prestajanje kazni zapora E

Priloga 8 – Podatki s spletnega vprašalnika

Priloga 9 – Odprto kodiranje spletnih vprašalnikov

Priloga 10 – Osno kodiranje spletnih vprašalnikov

Priloga 11 – Drugič urejeno osno kodiranje spletnih vprašalnikov

Priloga 12 – Odprto kodiranje intervjujev z direktorji domov za stare ljudi

Priloga 13 – Osno kodiranje intervjujev z direktorji domov za stare ljudi

Priloga 14 – Odprto kodiranje intervjuja E

Priloga 15 – Osno kodiranje intervjuja E

PRILOGA 1 :

STANDARDIZIRAN SPLETNI VPRAŠALNIK ZA DIREKTORJE IN DIREKTORICE DOMOV ZA STARE LJUDI V SLOVENIJI

Vprašanja sem v spletni anketi razporedila na šest strani, od tega je prva stran uvodna in vključuje prošnjo za sodelovanje v raziskavi, prikazuje njen namen in kratko predstavi izbrano temo za magistrsko nalogo. Torej:

Pozdravljeni, sem Katja Verbovšek, absolventka podiplomskega študija na Fakulteti za socialno delo. V tem letu pišem magistrsko nalogo z naslovom Transinstitucionalizacija in stari ljudje. Pri raziskovalnem delu naloge pa potrebujem vašo pomoč, zato vas lepo naprošam za vašo pripravljenost pri odgovarjanju na spodnja vprašanja. Slednja so namenjena ugotavljanju stopnje transinstitucionalizacije, preselitvenega procesa starih ljudi iz enega v drug socialni zavod na področju Slovenije. Raziskovanje omenjenega koncepta ima predvsem namen seznanitve z njegovo razširjenostjo, posledicami in izkušnjami ter ukrepi glede te tematike.

Za vaše odgovore vam bom izjemno hvaležna.

Nadalje sem na prvi strani zastavila naslednja vprašanja, ki pa jih je v primerjavi z ostalimi stranmi največ, saj sem predvidevala, da imajo na začetku anketnega vprašalnika vprašanci največ energije za izpolnjevanje:

1. Ste se v času vašega vodenja v domu za stare ljudi že srečali s katero od spodnjih preselitev starih ljudi? (Ni časovno določeno; možnih je več odgovorov in podana možnost, da vprašanci obkljukajo izbran odgovor):
Iz psihiatrične klinike v dom za stare ljudi
Iz zavoda za prestajanje kazni zapora v dom za stare ljudi
Iz posebnega zavoda v dom za stare ljudi
Iz doma za stare ljudi v psihiatrično kliniko
Iz doma za stare ljudi v zavod za prestajanje kazni zapora
Iz doma za stare ljudi v posebni zavod
V drug dom za stare ljudi
Iz drugega doma za stare ljudi
V domače okolje
Drugo _____
2. Obstaja v vaši evidenci podatek koliko starih ljudi in kam je bilo preseljenih iz oz. v vaš zavod (ni časovno določeno)?
3. Ste že imeli primer, ko se je v vaš zavod naselil uporabnik, ki je bil pred tem v psihiatrični bolnišnici, splošni bolnišnici, zaporu, drugem domu za stare ljudi ali posebnem zavodu in so ga zaradi starosti premestili? Prosim opišite primer takšne preselitve.
4. Ste že imeli primer, ko je uporabnik iz vašega zavoda odšel v psihiatrično bolnišnico, zapor, drug dom za stare ljudi, poseben zavod? Prosim opišite tak primer.
5. Ste že imeli primer, ko je uporabnik odšel iz vašega doma za stare ljudi v drug dom za stare ljudi oz. se je v vaš dom priselil? Kakšne razloge za to ste zaznali?
6. Se je že zgodilo, da je uporabnik vašo ustanovo zapustil pa se je po določenem času vrnil? Če da, kakšni so razlogi za to?

Sklop vprašanj na drugi strani je zajemal tri vprašanja, saj psihološko gledano na izpolnjevanje vprašalnika pozitivno vpliva, da vprašanec vidi, da je na naslednji strani manj vprašanj kot jih je bilo na prejšnji:

7. Ali preverite kaj se po preselitvi dogaja s starim človekom, ki je iz doma odšel (glede oskrbe, bivalnih razmer)?
8. Kakšne so vaše izkušnje glede preselitev starih ljudi v oz. iz drugih institucij? Kakšne menite, da so pri tem posledice za ustanovo in kakšne za uporabnike?

9. Kakšno je sodelovanje z drugimi socialnimi zavodi – psihiatrično bolnišnico, zavodom za prestajanje kazni zapora, posebnim zavodom, drugim domom za stare ljudi?

Tretja stran vprašanj je zajemala sledeča vprašanja:

10. Kakšno je vaše strokovno mnenje o institucionalnem varstvu?
11. Kako razumete dezinstitutionalizacijo na področju oskrbe starih ljudi?
12. Kaj menite, kako vpliva dezinstitutionalizacija na stare ljudi?
Kaj pa na izvajalce oskrbe?
13. Opazite kakšne spremembe na področju oskrbe starih ljudi, ki bi spodbujale dezinstitutionalizacijske oz. transinstitutionalizacijske vrednote?
14. Se v vašem zavodu pojavlja čakalna vrsta? Če da, kolikšna je?
Ali v primeru, da ni čakalne vrste za sprejem v institucijo, lahko upoštevate kakšne druge kriterije za vstop v dom, kot so sicer zakonsko določeni?

Četrto stran pa so predstavljala naslednja vprašanja:

15. Če se izkaže, da za starega človeka v vaši ustanovi ne morete zagotoviti potrebne oskrbe, kako ukrepate?
16. Se soočate z odhodi starih ljudi iz doma za stare ljudi? Če da, kolikšen odstotek/število?
17. Kakšni so pa vašem mnenju razlogi za odhod starega človeka iz doma za stare ljudi?
18. Kako reagirate na odhod starega človeka iz doma za stare ljudi in ali ob tem sprejmete kakšne posebne ukrepe?
19. Kraj oz. regija v kateri se nahaja vaš dom za stare ljudi (navede sam):

Zadnja stran vprašalnika je bila zaključna stran v kateri povem, da so vprašanci odgovorili na vsa vprašanja in se jim lepo zahvalim za sodelovanje.

PRILOGA 3:

INTERVJU A : INTERVJU Z DIREKTORJEM DOMA ZA STARE LJUDI

1. Kakšni so vizija, interesi in načrti za prihodnost vašega doma za stare ljudi?

Lokacija našega doma in pomanjkanje prostorskih možnosti za širitev ali vsaj preureditev prostorov v bolj življenjske gospodinjne skupnosti našo vizijo precej omejujeta. V zadnjem času vedno bolj postajamo negovalna bolnica, zato bi bila smiselna preureditev v dom za paliativno oskrbo.

2. Kako vi osebno gledate na institucionalno varstvo? Menite, da je za starega človeka bolj varen odhod v dom ali spodbujate čim daljše življenje v domačem okolju?

V zadnjem času so starostniki "itak" v domačem okolju dokler je le mogoče, ker je marsikdaj njihova pokojnina edini vir za preživljanje brezposelnih otrok. Institucionalno varstvo je, glede na ceno storitev, samo za privilegirance, ki jim otroci lahko doplačujejo, ali pa za osebe brez dohodkov, ki jim oskrbo plača občina.

3. Se vam zdi, da bi bilo za ljudi, ki prejemajo pomoč na domu, bolje poskrbljeno v domu za stare ljudi? V katerih primerih se vam zdi to najbolj smiselno in potrebno?

Cena ure pomoči na domu je danes skoraj enaka ceni dnevne oskrbe v domu. Za tiste, ki jim je ena ura pomoči dovolj je to idealna rešitev. Vendar starostnik ne potrebuje le osebne asistencije, ki se izvaja v okviru pomoči na domu, temveč tudi ves socializacijski program, ki ga lahko nudi le dom. Velikokrat je največja težava starostnikov samota, ki jo sicer lahko doživlja tudi v velikem domu, ne pa v manjših skupnostih, kjer so odnosi bolj osebni.

4. Kako razumete in kaj menite o dezinstitutionalizaciji (zapiranje ustanov in preselitve ljudi v skupnostno oskrbo?)

Skupnostna oskrba se lahko pojmuje tudi kot neke vrste institucija, ker enostavno brez organizirane oblike skupne pomoči starostnikom, ne bo šlo. Navadno ne umrejo zdravi...

5. Kaj menite o propadanju zasebnih domov za stare ljudi?

Nasprotno, pričakujem razcvet majhnih zasebnih domov.

6. Imate v vašem domu za stare ljudi čakalno vrsto? Če da, kolikšno?

Imamo čakalno vrsto za zapolnitev praznih postelj. Natančnega podatka pa trenutno nimam pri roki.

7. Ali v primeru, da ni čakalne vrste za sprejem v dom, lahko upoštevate kakšne druge kriterije za vstop v dom, kot so sicer določeni?

Upoštevamo kriterije, ki so v Pravilniku o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva.

8. Koliko ljudi je v vašem domu za stare ljudi »hospitaliziranih«, torej, da so nepomični in, da je oskrba podobna bolnišnični?

1/2 do 3/4, število zelo variira.

9. Se soočate z izpisi starih ljudi iz doma za stare ljudi? Če da, kolikšen odstotek/število?

Da, se soočamo. Okoli 1 - 2% letno zaradi finančne situacije. Veliko pa jih samo sprašuje in se zaradi stroška oskrbe sploh ne odloči za prihod v dom.

10. Kakšni so pa vašem mnenju razlogi za izpis starega človeka iz doma?

V prvi vrsti je to finančno stanje svojcev. So pa seveda še drugi razlogi, kot so izboljšanje stanja, odhod v drug dom zaradi bližine svojcev.

11. Kako se vi (če se) soočate z odhodi iz doma in kako ta problem rešujete?

Težko nam je za vsakega za katerega vemo, da se je pri nas dobro počutil in gre na slabše.

12. Razmišljate, da bi v primeru velikega števila prostih postelj, ta prostor namenili za drugačen namen (npr. prestrukturiranje zavoda v smislu kombiniranja doma z vrtcem, posebni in večji oddelki za demenco, VDC, oddelek psihiatrije, ambulante, posebni prostori v najemu, varna hiša, najem sob v primeru naravnih katastrof itd.)?

Razmišljamo, tuhtamo, iščemo...

13. Ste že imeli primer, ko se je v dom naselil uporabnik, ki je bil pred tem v psihiatrični bolnišnici ali kakšnem drugem zavodu in so ga zaradi starosti premestili? Ali obratno – iz doma v drugo ustanovo?

Veliko sprejemov imamo iz psihiatrije oz naši gredo tja. Razlog je predvsem demenca.

14. Je po prestrukturiranju doma za stare ljudi zanimanja za bivanje večje kot je bilo preden ste zavod reorganizirali (če je do tega prišlo)?

Reorganizacije še ni bilo.

15. Se je že zgodilo, da je uporabnik dom zapustil pa se je po določenem času vrnil? Če da, kakšni so razlogi za to?

Da, poslabšanje psihofizičnega stanja.

PRILOGA 4:

INTERVJU B: INTERVJU Z DIREKTORICO DOMA ZA STARE LJUDI

1. Kakšni so vizija, interesi in načrti za prihodnost vašega doma za stare ljudi?

So skladni z nacionalnim programom – tako kot bi moralo biti. Še vedno pa ni akcijskih načrtov, žal. Dom bi moral biti servis starejši populaciji. Razpršenost storitev ne dosega pravih rezultatov, žal. Zelo pozitivno bi bilo, če bi ne imeli tako velikih domov, temveč več manjših, prijaznih in slednje približati krajanom – uporabnikom.

2. Kako vi osebno gledate na institucionalno varstvo? Menite, da je za starega človeka bolj varen odhod v dom ali spodbujate čim daljše življenje v domačem okolju?

Vsakdo, ki se odloči za življenje v domu, mu bo zavedno to življenje bogatejše in bolj izpopolnjeno glede na izbor vsebin, ki jih domovi ponujajo. Za vsako ceno »samo, da si doma« pa čeprav samevaš in se dolgočasiš še ne pomeni, da si srečen in na koncu potem vseeno prideš v dom. To je veliko bolj stresno, kot, če bi o tem razmišljal prej in s tem tudi živel ter se povezoval z drugimi.

3. Se vam zdi, da bi bilo za ljudi, ki prejemajo pomoč na domu, bolj poskrbljeno v domu za stare ljudi? V katerih primerih se vam zdi to najbolj smiselno in potrebno?

Zelo odvisno je od tega koliko pomoči potrebujejo in kakšni so rezultati v primerjavi s pričakovanji.

4. Kako razumete in kaj menite o dezinstitutionalizaciji (zapiranje ustanov in preselitve ljudi v skupnostno oskrbo?)

V vsakem primeru ne bo mogoče »kar po čez« izpeljati dezinstitutionalizacijo. Še vedno se bodo potrebovali domovi, samo ti naj bodo manjši in prijaznejši – domači.

5. Kaj menite o propadanju zasebnih domov za stare ljudi?

Ja, veliki apetiti po oplemenitvenju vložnega kapitala in to v zelo kratkem času ter visoke cene oskrbe, so lahko pogubne. Pogodbe, ki jih zavezujejo glede zmanjševanja ali zapiranja kapacitet, so smiselne.

6. Imate v vašem domu za stare ljudi čakalno vrsto? Če da, kolikšno?

Zelo odvisno od zahtev, ki jih uporabniki imajo (s pogledom na zahod/vzhod, enoposteljna soba z lastno kopalnico ali dodatno opremo), je potrebno čakanje, sicer se uporabnike solidno sprejema.

7. Ali v primeru, da ni čakalne vrste za sprejem v dom, lahko upoštevate kakšne druge kriterije za vstop v dom, kot so sicer določeni?

Predolgi so odpovedni roki, ki jih ne upoštevamo. Imamo krajše. Tudi starost 65 let se pogosto ne upošteva zato, ker pri mlajših je izključnega pomena sprejem zaradi kroničnega težkega zdravstvenega stanja in nepokretnost.

- 8. Koliko ljudi je v vašem domu za stare ljudi »hospitaliziranih«, torej, da so nepomični in, da je oskrba podobna bolnišnični?**

Cca 100 oseb.

- 9. Se soočate z izpisi starih ljudi iz doma za stare ljudi? Če da, kolikšen odstotek/število?**

Samo v času izgube varstvenih dodatkov, v veselje nam je, ko uporabniki zapustijo dom po izboljššanem zdravstvenem stanju (npr. po operacijah).

Izstopilo je nekje od 8 do 14 oseb in sicer v razmahu dveh let. V letu 2012 11 oseb, v letu 2013 pa 12 oseb.

- 10. Kakšni so pa vašem mnenju razlogi za izpis starega človeka iz doma?**

V našem domu bi izpostavila samo finančne razloge za odhod.

- 11. Kako se vi (če se) soočate z odhodi iz doma in kako ta problem rešujete?**

Vsak izhod iz doma podpiramo in pri tem uporabniku poskušamo pomagati. Jih tudi obiščemo, če izrazijo potrebo in smo na vezi.

Predvsem pri izstopih, ki so pogosti v poletnih mesecih in se vračajo v zimskem obdobju.

- 12. Razmišljate, da bi v primeru velikega števila prostih postelj, ta prostor namenili za drugačen namen (prestrukturiranje zavoda? Npr. kombinacija z vrtcem, posebni in večji oddelki za demenco, VDC, oddelek psihiatrije, ambulante, posebni prostori v najemu, varna hiša, najem sob v primeru naravnih katastrof itd.)?**

Ja, pred petimi leti smo želeli imeti tudi vrtec – torej varstvo otrok naših zaposlenih, da ne bi bilo toliko absentizma med zaposlenimi, pa nam ministrstvo za šolstvo ni bilo najbolj naklonjeno.

- 13. Obstaja v vaši ali drugi evidenci podatek koliko ljudi in kam je bilo preseljenih iz oz. v vaš zavod?**

Seveda obstaja. Veliko oseb se je preselilo (v naš dom) iz drugih domov.

- 14. Ste že imeli primer, ko se je v dom naselil uporabnik, ki je bil pred tem v psihiatrični bolnišnici ali kakšnem drugem zavodu in so ga zaradi starosti premestili? Ali obratno – iz doma v drugo ustanovo?**

Smo imeli tudi te primere, celo iz predhodno zaprtih oddelkov, npr. iz Hrastovca.

- 15. Je po prestrukturiranju doma za stare ljudi zanimanja za bivanje večje kot je bilo preden ste zavod reorganizirali (če je do tega prišlo)?**

Vse reorganizacije in prestrukturiranja se ne zgodijo čez noč. To se dogaja sprotno in skoraj neopazno, le ljudje in zaposleni to ugodje čutijo, kar se odraža pri njihovem delu.

- 16. Se je že zgodilo, da je uporabnik dom zapustil pa se je po določenem času vrnil? Če da, kakšni so razlogi za to?**

Ja, to se še vedno dogaja. Namreč določena oseba se je preselila v upokojenski blok za par let, da bi samostojno živela in si kaj prihranila (finance), da bi pomagala otrokom. Ugotovila je, da je tam

porabila še vse prihranke, ki jih je ustvarila za čas bivanja v domu in se vrnila v dom z obžalovanjem, da je to selitev naredila, storila.

INTERVJU C: INTERVJU Z DIREKTORICO DOMA ZA STARE LJUDI TISJE

1. Kakšni so vizija, interesi in načrti za prihodnost vašega doma za stare ljudi?

Naša vizija je, da opravljamo kvalitetne storitve zato, da bodo stanovalci, svojci in zaposleni čim bolj zadovoljni. Ne opravljamo pa samo storitve institucionalnega varstva ampak tudi pomoč na domu, socialni servis in druge dodatne storitve npr. izobraževanja za občane o starosti, medgeneracijskem povezovanju ali težavah ob boleznih, ki jih imajo starejši ljudje a ne samo starejši. Področje je zelo široko in kot sem rekla naša vizija je zadovoljstvo vseh - tudi ostalih občanov, ki ne koristijo naših storitev.

2. Kako vi osebno gledate na institucionalno varstvo? Menite, da je za starega človeka bolj varen odhod v dom ali spodbujate čim daljše življenje v domačem okolju?

Glede na to, da delam v domu ne moram reči, da mi je to tuja zadeva. Te stvari mi niso tuje in vem, da je za človeka dobro, da ostaja čim dlje v domačem okolju. Vem pa tudi, da mora imeti vsak človek možnost izbire. In v določenih primerih je institucionalno varstvo pomembna izbira starega človeka. Vedno se mora človek sam odločati, če se le da.

3. Se vam zdi, da bi bilo za ljudi, ki prejemajo pomoč na domu, bolj poskrbljeno v domu za stare ljudi? V katerih primerih se vam zdi to najbolj smiselno in potrebno?

Pomoč na domu je lahko ena izmed možnosti, ki jo človek ima, lahko pa tudi nuja. Mi nudimo več različnih storitev in tudi pomoč na domu je lahko le ena od stopničk, npr. začnemo najprej z razvozom kosil. Lahko ostane samo storitev pomoči na domu in to toliko časa dokler jo človek potrebuje. Lahko pa zaradi zdravstvenih sprememb ali kakšnih drugih okoliščin človek nujno potrebuje institucionalno varstvo. Ni torej striktno nujno, da po pomoči na domu nastopi institucionalno varstvo. Nekateri so doma do konca življenja in tam tudi umrejo.

Pomoč na domu pa se povečuje, ker se tudi število starih ljudi povečuje. Vse skupaj gre nekako paralelno. Vpliva pa na vse skupaj tudi gospodarska kriza. Na področju upravne enote Litija znaša subvencija občine več kot je zakonsko določena. Občina Litija in Šmartno plačujeta 75% in je prispevek uporabnika nizek 3,78. Tudi skupni strošek je za družini nižji, je pa višji za občino. Institucionalno varstvo je pa za uporabnika 17, 48€ na dan, kar je za uporabnika višji strošek, če ga plačuje sam. če bi pa pomoč na domu sam plačal je pa bistveno višji strošek, ker je enaka ceni ene ure enaka ceni za 24 ur v domu in to bo treba popraviti, ker to ni normalno razmerje.

4. Kako razumete in kaj menite o dezinstitutionalizaciji (zapiranje ustanov in preselitve ljudi v skupnostno oskrbo?)

Mislím, da moramo dati ljudem možnost izbire. Vedno bodo obstajali ljudje, ki bodo želeli imeti nekaj drugega. Seveda spodbujam, da so doma, dokler so lahko in dokler imajo pomoč in svojce ali druge pomembne osebe in dokler se znajdejo v okolju. Je pa veliko ljudi, ki nikoli ne bodo mogli samostojno živeti, če bodo imeli neke zdravstvene probleme (demenca zlasti v kasnejših fazah). Sicer pa obstajajo različne oblike institucionalnega varstva. Saj ni nujno, da gre za dolgotrajno obliko. Lahko je začasno – za en mesec ali dva. Pa gre uporabnik domov ali se vrne. Oblik je veliko, samo poslužiti se jih moramo. Različne oblike obstajajo tudi zunaj Slovenije, npr. oblika bivanja starejših skupaj v nekem večjem stanovanju ali hiši pa oskrbovalka hodi tako kot pri pomoči na domu in patronažna sestra, ki zagotavlja zdravstveno nego. Možnosti je več. V Sloveniji mislim, da smo domovi kar fleksibilni, tudi za to, da bi izvajali še kaj drugega kot institucionalno varstvo. Ni pa nujno, da smo to samo domovi, so lahko tudi kakšni drugi.

5. Kaj menite o propadanju zasebnih domov za stare ljudi?

To ne vem, saj nimam podatka kateri zasebni dom je propadel. Poznam pa v tujini nekaj takih primerov. V Sloveniji je bil Črni les tak primer ampak je bil pravno tako neurejen, da je zato prišlo do zaprtja. Da bi se pa kak zasebni dom že zaprl, tega pa ne poznam.

6. Imate v vašem domu za stare ljudi čakalno vrsto? Če da, kolikšno?

Čakalna doba je bila pred leti res kak mesec ali še več, zdaj pa ni več zelo opazna. Res je da nimamo praznih postelj, kar je tudi gospodarsko/finančno si tega ne moremo privoščiti, ker se sami financiramo. Če imamo prazne postelje to pomeni, da ni prihodka. Mi imamo pa tukaj zaposlene ljudi, določen kadrovski normativ za polno število mest. Trenutno je tako, da, če uporabnik odda vlogo potem je na čakanju mogoče teden ali 14 dni. Se pa dajo dobiti namestitve na mestu. Je pa seveda spet odvisno kje – na varovani enoti je manj mest na razpolago in je treba kar počakat oz. takšnega stanovalca sprejememo na druge enote doma in ga »probamo« integrirati, če se le da, z ostalimi stanovalci. Če želi kdo enoposteljno sobo, teh imamo v domu Tisje manj in je treba na njih malo dlje počakati. V več posteljnih sobah pa ni čakalne dobe. Drugačne pa mislim, da ima zadnja leta, večina domov po Sloveniji takšne podobne izkušnje, razen mogoče v ljubljanski regiji, da majo čakalne vrste še velike. Trenutno imamo aktivnih vlog 32 aktualnih pa 12 - to pomeni, da bi takoj prišli v dom. Ampak tudi, če jih pokličemo pogostokrat rečejo, da še nebi prišli tudi, če je vloga aktualna.

Varovana enota pa je posebna enota in je organizirana po zakonu o duševnem zdravju, ki ga upoštevamo. Zato imamo tam nameščene samo tiste s sklepom sodišča in je zato tudi zaklenjena oz. se varuje drugače - tehnično ali kadrovsko. Imamo pa 120 stanovalcev z demenco v domu, dve tretjine stanovalcev ima demenco v domu, so pa seveda različne faze od lahke do zelo težke. So pa po različnih enotah in bi jim radi omogočili kvalitetno življenje, zato smo tudi začeli z gospodinjskimi skupinami.

7. Ali v primeru, da ni čakalne vrste za sprejem v dom, lahko upoštevate kakšne druge kriterije za vstop v dom, kot so sicer določeni?

Če gre za kakšno težko telesno obolenje že sprejemamo, npr po kapi ali poškodbi glave, tudi mlajše in ne čakamo na starost 65 let. Po našem statutu o ustanovitvi sprejemamo v glavnem starejše nad 65 let. Tisti, ki so duševno manj razviti ali imajo kakšno drugačno motnjo v duševnem razvoju pa... Mi nismo poseben zavod in teh naj ne bi sprejemali ker tudi kadrovski normativ je za posebne zavode drugačen kot za splošne. In če nimaš primerne kadra ni prav, da delaš s takimi stanovalci, ker ti primanjkuje in znanja in kadra. In se mi zdi, da grejo v takšen zavod kjer imajo ustrezno podporo in pomoč.

8. Koliko ljudi je v vašem domu za stare ljudi »hospitaliziranih«, torej, da so nepomični in, da je oskrba podobna bolnišnični?

25 stanovalcev od 190 jih je nepomičnih (15%). To so večina v zadnjem stadiju demence. To pomeni, da so šli v razvoju nazaj na nivo novorojenčka. Ne znajo požirati, govoriti, sedeti. Sicer pa tudi tisti, ki so nepomični jih dvigujemo na vozičke in so čez dan na vozičku.

9. Se soočate z izpisi starih ljudi iz doma za stare ljudi? Če da, kolikšen odstotek/število?

Letos ne. Dve leti nazaj so šli 4, dva sta bila premeščena v drug dom, kjer sta bila bližje stalnemu prebivališču, dva sta šla pa domov iz ekonomskih razlogov. Ker se je začela kriza in so bile svojci brezposelni.

10. Kakšni so pa vašem mnenju razlogi za izpis starega človeka iz doma?

Ekonomski ali preselitev v kraj, ki je bližje stalnemu prebivališču.

11. Kako se vi (če se) soočate z odhodi iz doma in kako ta problem rešujete?

Upam, da do tega ne bo prišlo. Če pa... Mi smo v letošnjem in lanskem letu kar precej usposabljali za paliativno oskrbo, ena možnost bi bila, da bi imeli kakšno enoto Hospica ali paliativni oddelek. Ali pa negovalni oddelek kot ga imajo v bolnicah, ker smo v prej omenjenih 25 primerih že negovalni oddelek. Rakave bolezni, težke kronične bolezni, če bi bilo tega veliko bi morali začeti razmišljati tudi o spremembi našega statuta in se ukvarjati s kakšno drugo dejavnostjo. Downov sindrom - mlajši, ki potrebujejo pomoč in živijo dlje časa, tako, da njihovi starši umrejo in potem potrebujejo nekoga.

12. Razmišljate, da bi v primeru velikega števila prostih postelj, ta prostor namenili za drugačen namen (npr. prestrukturiranje zavoda v kombinaciji z vrtcem, posebni in večji oddelki za demenco, VDC, oddelek psihiatrije, ambulante, posebni prostori v najemu, varna hiša, najem sob v primeru naravnih katastrof itd.)?

V Litiji z vrtcem ne bomo mogli kombinirati, ker je že vrtec v stavbi. Tukaj (v Tisju) bi pa lahko, samo je potem potrebno prilagoditi prostore. Vsekakor je treba biti fleksibilen. Je tukaj vseeno 120 zaposlenih in je treba nekaj splanirati. Delavce ne bi rada odpuščala, saj se mi zdi to najslabša varianta, zato iščemo vedno znova nove možnosti za razvoj.

13. Obstaja v vaši ali drugi evidenci podatek koliko ljudi in kam je bilo preseljenih iz oz. v vaš zavod?

Točnega podatka nimamo. So pa premestitve iz drugih domov ravno iz razlogov, ki sem jih prej navedla – bližina doma ali svojcev. Imamo približno 2-3 premestitve na leto. Iz bolnišnice je bil pa sklenjen dogovor z ministrstvom (Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve) in zdravstvenim ministrstvom, da imajo prioriteto tisti, ki se sprejemajo iz bolnice. Pomembna je želja uporabnika, svojcev in pa mnenje socialne službe bolnice. Iz psihiatrije smo 20 let nazaj ogromno sprejemali, zdaj pa ne več. Imamo sami toliko primerov demence, da praktično iz psihiatrične bolnišnice redko kakšnega sprejememo. Zaradi razvoja socialnih storitev se je veliko spremenilo. Izstopov iz doma je bilo lani 76 ampak je bilo kar nekaj smrti – 50. Začasnih varstev je bilo 7 in dnevni varstev 5, v drug dom jih je odšlo 5. Zaradi plačilne nezmožnosti je prišlo do 6 odhodov.

Od 59 sprejemov je bilo 26 iz bolnišnice in 33 od doma.

14. Je po prestrukturiranju doma za stare ljudi zanimanja za bivanje večje kot je bilo preden ste zavod reorganizirali (če je do tega prišlo)?

Po prenovi... Zanimanje je enako kot je bilo. Res pa je, da ko bodočega uporabnika pelješ pogledat nove prostore je občutek drugačen, saj mu pokažeš prostore v katerih bo življenje bolj dostojanstveno kot prej v starem delu gradu, ko je bilo po 6 ljudi v sobi. Čeprav se iz gradu nihče noče seliti v novo sobo. Iz 4 posteljne nočejo v 2 posteljno. So se tam navadili.

Sicer pa smo želeli imeti oddelek za rehabilitacijo ljudi po kapi ali poškodbi glave, kot je v domu na Izlakah, pa zaradi nesoglasja ministrstva in tudi SOČE to ni bilo izvedljivo

15. Se je že zgodilo, da je uporabnik dom zapustil pa se je po določenem času vrnil? Če da, kakšni so razlogi za to?

Ja. To so bili uporabniki, ki so bili nameščeni jeseni in so do marca ali aprila in grejo čez poletje domov. Ali pa so takšni, ki so prišli po operaciji, bolezni, poškodbi, kapi. In so imeli tukaj rehabilitacijo, fizioterapijo. In so bili tukaj eno ali dve leti in so se tako rehabilitirali, da so odšli domov in so še vedno doma. Take primere imamo. Je pa redko.

PRILOGA 6:

INTERVJU D: INTERVJU Z DIREKTORJEM DOMA ZA STARE LJUDI G. SIMONOM STRGARJEM: DOM STAREJŠIH ŠIŠKA

1. Ste se v vašem domu za stare ljudi že srečali s katero od spodnjih preselitev starih ljudi:

Preselitev v širšem pomenu je veliko. Je pa stvar pri nas takšna, da smo zelo poln dom in, da imamo dolgo čakalno vrsto. To pomeni, da, če uporabnik ni oddal vloge za sprejem ga niti ne moremo sprejeti. Se pa pogosto dogaja, zlasti pri starejših ljudeh, ki imajo demenco, da pristanejo v psihiatrični bolnišnici in, če ima pri nas vlogo ga lahko potem sprejmemo brez težav, če je pa nima mora pa žal rešitev iskati drugje. Je pa takih primerov lahko več. Naša socialna služba lepo sodeluje s socialno službo v psihiatrični bolnišnici tako, da se oni dogovorijo. Ampak do dogovora lahko pride samo, če imamo prosta mesta.

Največ preselitev je iz splošnih bolnišnic in pa iz zasebnih domov.

Iz psihiatrične klinike v dom za stare ljudi?

Ko je posredi demenca.

Iz zavoda za prestajanje kazni zapora v dom za stare ljudi?

Tega pri nas nismo imeli. Mislim, da sta se s tem srečala mogoče dva doma, Radenci oz. Gornja Radgona. Je pa to tudi zelo čudno »naštmano« pri nas v Sloveniji tako, da ne, s tem se nismo srečali. Je pa res, da zaporji nimajo urejene potrebne oskrbe za stare ljudi. So pa na to področje stopili bolj zasebniki, ker imajo prazne kapacitete in sprejmejo vse kar je.

Iz posebnega zavoda v dom za stare ljudi?

Posebni socialnovarstveni zavodi (npr. Grmovje, Lukavci, Dutovlje) so oblikovani tako, da so v njih nastanjeni tudi starejši ljudje tako, da ni problema pri oskrbi, ker so tam usposobljeni za gerontološko obravnavo. Imajo pa varstveno delovni centri svoje skupine in tudi obliko institucionalnega celodnevne varstva. Tam pa nastane večji problem. Dom pri njih ne obstaja in gredo pogosto (iz VDC-jev in stanovanjskih skupin), torej ko se postarajo (npr. v Draga na Igu, Sončku ali Dolfka Boštjančič) v posebne socialno varstvene zavode. Dutovlje ima na ta račun uporabnike kar iz 57 občin, ker gre res za posebni zavod. Bi bilo pa neprimerno, da bi ljudi z več potrebami sprejeli mi, razen v primeru, če pridejo skupaj s starši. A, ko ti umrejo je še vedno bolje, da se ti z več potrebami preselijo drugam, v poseben zavod, kjer imajo res usposobljen kader in primerne programe. Treba je gledati predvsem na uporabnike in na njihovo dobrobit.

V drug dom za stare ljudi?

Tega je veliko. Ampak ne primerov, da bi hodili uporabniki iz našega v drug dom. Predvsem si želijo priselitve v naš dom, kar se vidi v dolgi čakalni dobi. V 4 letih odkar sem jaz tukaj je prišlo do dveh primerov, da sta uporabnika dom zapustila. Eden je odšel zaradi psihiatrije, ker se ni tukaj našel in je imel stalne težave saj nikakor ni mogel pristati na to, da je nastanjen v tem domu, bil je namreč sosed in je v tem okolišju živel 30 let pa je slišal marsikaj o institucionalnem varstvu, razne zgodbe in zaradi tega ni mogel bivati tukaj. Drug primer pa opisuje preselitev v domače okolje, saj je imel blodnje, shizofrenijo, da se mu stalno prisluškuje, krađe in smo potem poskusno en mesec izvedli preselitev v eno od stanovanj iz ZDUŠa, nepremičninskega sklada SPIZA.

Iz drugega doma za stare ljudi?

Večinoma prihajajo k nam iz javnih zavodov in od koncesionarjev. Pri slednjih so razlogi predvsem ekonomski, višje cene. In, ko pridejo k nam spoznajo, da za nižjo ceno dobijo višjo kvaliteto. Koncesionarji po mojem mnenju dajo preveč na lepe sobe in premalo na samo oskrbo, tako, da prodajajo predvsem bivalni standard in to zelo drago. Res je, da pri nas sobe niso najlepše, gradimo pa predvsem na oskrbi, na odnosih. Drug razlog pa je bližina domačega okolja in socialna mreža.

Sem seznanjen s primeri, ko je odšlo veliko ljudi na štajersko in v Prekmurje, to se navezuje zlasti na čas, ko so bili domovi zares polni, ampak so se potem vračali nazaj. Veliko ljudi je odšlo tudi v Gornji grad, ki je kar blizu Ljubljane in potem tam čakajo, da se sprostijo mesta v Ljubljani.

V domače okolje?

Tega je tudi kar nekaj, saj pri nas veliko delamo na rehabilitaciji ljudi. Pogosto matična družina ne more poskrbeti za stare ljudi iz različnih razlogov, pomoč na domu pa žal še vedno ni dovolj razvita, človek pa ne more biti doma samostojen. Veliko je zato začasnih naselitev, a se pri samem sprejemu tega ne ve. Mi delamo na tem, da ljudje ne obležijo ampak, da so čim bolj samostojni. Tako si nekateri opomorejo do te mere, da se lahko vrnejo nazaj v domače okolje, a se tudi z veseljem vrnejo, če je potrebno.

2. Obstaja v vaši evidenci podatek koliko starih ljudi in kam je bilo preseljenih iz oz. v vaš zavod?

Natančnih podatkov o tem nimamo nikjer zbranih. So pa primeri kot sem jih že omenil.

3. Se je že zgodilo, da je uporabnik vašo ustanovo zapustil pa se je po določenem času vrnil? Če da, kakšni so razlogi za to?

Smo imeli nekaj primerov, ko so bili uporabniki nekaj časa doma in so se potem po določenem času vrnili nazaj v dom, brez predsodkov in težav, saj so vedeli kam grejo. Kar je za nas zelo pozitivno.

4. Ali preverite kaj se po preselitvi dogaja s starim človekom, ki je iz doma odšel? (glede oskrbe, bivalnih razmer).

Če so indicije, da se preverja, potem preverimo. So pa stari ljudje ljudje, ki so normalni in ni razlogov, da bi preverjali njihove odločitve. Smo pa pri kakšnih primerih bolj pozorni. Dogajalo se je, a ne pri nas, da so ljudje odhajali v največjih krizah in so doma služili kot edini vir prihodkov. Smo pozorni, če ni v ozadju za preselitvijo še kaj drugega a mislim, da v Ljubljani tega ni tako veliko.

5. Kakšno je sodelovanje z drugimi socialnimi zavodi – psihiatrično bolnišnico, zavodom za prestajanje kazni zapora, posebnim zavodom, drugim domom za stare ljudi?

Sodelovanje bi ocenil kot dobro, saj ima vsaka od teh institucij svojo socialno službo, ki so med seboj v kontaktu in najdejo skupen jezik, ko iščejo prednosti in koristi za posameznika, da je res uporabnik v središču.

6. Kakšno je vaše strokovno mnenje o institucionalnem varstvu?

V idealnem svetu bi bilo seveda najbolje, da bi bili vsi ljudje doma in ne v institucijah. A pri tem je pomembna tudi socialna mreža in strokovna podpora, ki mora delovati dobro in organizirano, kar pa je še daleč. Na drugi strani pa brez institucij težko živimo, saj je konec koncev tudi družina sama po sebi že institucija. Ljudje smo čredno naravnani in nimamo pretiranih težav živeti v instituciji, je pa seveda treba gledati kakšna ta institucija je. Neke institucije, ki še vedno obstajajo, in kjer se vse vrti le okrog organizacije dela in služb v instituciji so neprimerne in to ni pravilno. Gre predvsem za domove ki so medicinsko naravnani. Imamo pa institucije v katerih se zagotavlja v prvi vrsti kvaliteta življenja starejših, zaposleni pa smo posrednega pomena, nujni, a ne v središču. Delovati moramo tako, da smo čim bolj distancirani hkrati pa zagotavljati čim večjo samostojnost avtonomijo, možnost izbire. Mi ob prenovi pripravljamo sobe tako, da ima vsaka čisto svoj vhod, lastne sanitarije in organiziramo službe v obliko patronažnega sistema, da je vnaprej dogovorjeno kdaj bo kdo prišel. Da je uporabnik, če je še hodeč, prisoten ob obisku. To se vse da doseči, je pa največji problem predvsem miselnost zaposlenih, ki so zaposleni že 30 in več let in si včasih preveč dovolijo – pridejo, ko pridejo, ne potrkaajo, delajo kar mislijo, da morajo in to je problem institucij. Po drugi strani pa je institucija lahko zelo pozitivna stvar, ker, če se drži načel normalizacije življenja ne sme biti problem in mislim tudi, da je že veliko domov naredilo ta korak naprej.

Sam nisem pretiran zagovornik življenja v stanovanjskih skupinah oz družinskih skupin (gospodinjstkih), ki jih tako »forsirajo«, saj tam hitro nastane situacijska prisila in ljudje kar morajo biti

vključeni v neko skupino, če želijo ali pa ne. Mi se držimo tega, da stvari organiziramo, ljudi pa ne silimo. Če se kdo želi vključiti se vključi, če pa ne ga pa ne silimo. Je pa seveda potrebno gledati tudi na to, da nekdo potrebuje motivacijo ampak na mehek način. Same institucije ne bi smele biti problem, so celo nujne, ker gledano z drugega vidika je tako tako... Kdo v domačem okolju pravzaprav poskrbi za starejše? Ženske stare okrog 50-60 let, ki so že tako ranljiva skupina, imajo težave pri zaposlovanju in imajo srečo, če delajo v javne sektorju, kjer so še vedno bolj zaščitene kot v kakšnih privatnih firmah. Težava danes je ker smo preveč kapitalistično naravnani in se gleda le učinkovitost, ne pa življenjska plat človeka. In potem morajo prevzeti še breme oskrbe v domačem okolju. Seveda za tem stojijo tudi kulturna in zgodovinska ozadja, sama strukturo družine pa obseg pomoči na domu, ki je premajhen in neprimerno organiziran. Problem je torej organizacija same oskrbe. Če se 20 ur zakonsko določenih, smiselno razporedi ni težav, ampak ni te smiselne organiziranosti. Prvo bi bilo zato potrebno združiti kompetence, saj k enemu uporabniku hodijo različni ljudje, od socialne oskrbovalke, patronažne delavke, prostovoljcev. To bi se lahko organiziralo v obliki ambulantne službe za nek predel, ki bi bila prisotna 24 ur. Delo bi prišla opraviti po urniku, tako kot je dogovorjeno, a za urgentne primere bi bila na razpolago tudi npr ponoči. Veliko starih ljudi živi samih, z različnimi boleznimi. Po mojih izkušnjah so ljudje v vseh še nekako vedno precej povezani in obstaja pripadnost. Ko sem bil še vodja pomoči na domu v Kranju se spomnim vasi, kjer ni bilo enega samega uporabnika pomoči na domu, saj so bili vaščani tako zelo povezani in organizirani, da formalne pomoči niso potrebovali. A tega ne moremo preslikati na celotno Slovenijo.

Iz tega zakona, ki ga sedaj pripravljajo je razvidno, da pade veliko bremena nazaj na družine, kar je sporno saj lahko s tem spraviš celo družino v stisko. Kje piše, da družina to zmore, da zna pomagati? In v tem primeru so institucije nujne. Stroka je tukaj malo iztirila. Tudi kar se tiče sprememb nekkih besed in izrazov... Se vidi pa to pri društvih, ki so to razmišljanje zgrabila in na tej podlagi začela črniti institucije. Se je zgodilo, da je npr. društvo YHD izdalo članek na katerem je pisalo: »965 ljudi v institucijah zlorabljenih«. Navezovalo se je na to, da je toliko ljudi - mlajših invalidov v domovih in potem zadeve prirojijo po svoje, je pa seveda jasno, da ni bilo nobene dejanske zlorabe. Ne more biti tako. In tukaj se bo stroka morala upočasniti in pogledati na dejanske potrebe. Gre pa seveda za individualne in ne za skupinske potrebe. Kaj, če si kdo želi v institucije? Na švedskem so recimo zaprli vse domove in začeli z oskrbo na domu ampak so ljudje ugotovili, da domove potrebujejo. V Sloveniji imamo mislim, da najvišjo lastniško strukturo stanovanj in ljudje se od svoje lastnine težko ločijo. ZDUS je izdala raziskavo kjer so pri, mislim, da 36 tisoč starejših od 65 let ugotavljali kak je bivalni standard. Ugotovili so, da je okrog 20% ljudi zaprtih v svoja stanovanja, da niti ne morejo priti ven zaradi arhitektonskih in tudi drugih ovir, da jih veliko živi brez vode ipd. To vse slabša kvaliteto življenja v domačem okolju. In s tem se jim kvaliteta zmanjša. Potem pa pride še zaposlenost družine. In v takih primerih je institucija lahko odgovor. Seveda na njegovo lastno željo. Žalovanja ob prihodu se ne moremo izogniti ga pa podpiramo in mu pomagamo.

7. Kako razumete dezinstytucionalizacijo na področju oskrbe starih ljudi?

Se mi zdi, da je v tem času dezinstytucionalizacija postala nek trend.

Prvo je treba narediti sploh pravo definicijo institucije, kaj želimo, da je institucija. In ne kaj si mislimo, da je institucija. Če govorimo o dezinstytucionalizaciji hitro posplošimo, da so institucije nekaj slabega in, da moramo iti na boljše. Ni nujno, da je institucija nekaj slabega in to si je potrebno malce bolje razjasniti. Moramo iti širše in npr. govoriti o prijaznejši oskrbi starejših, dajati možnost pri oskrbi starejših in možnost proste izbire. Vsaka storitev, ki je na voljo pa bi mogla biti dobra. In institucija, in pomoč na domu in oskrba v bolnišnici bi morale zagotavljati ustrezno oskrbo. Ni mi všeč, da se kar govori, da je dezinstytucionalizacija nujna, ker ni tako nujna. Je res, da bi bilo idealno, da bi se vsak lahko postaral doma v domačem okolju ampak dejstvo je, da lahko tudi s pomočjo na domu naredimo neko institucijo. Tudi uporabnik pomoči na domu, doma pravzaprav nima proste izbire ampak se mora prilagoditi službi, ki pride, urnik, ni vedno »frej«, ko si želi. Zato menim, da je treba na ta problem gledati bolj široko in se vprašati ali zmorejo oni in tudi njihova okolica nositi to breme. Ne moramo se iti kar tako, pa dajmo ga imeti doma, ob tem pa so vsi ostali v krču. Na tak način enemu poskušamo dvigniti kvaliteto življenja, drugemu jo pa znižujemo. In to v tistem najbolj občutljivem delu življenja.

**8. Kaj menite, kako vpliva dezinstytucionalizacija na stare ljudi?
Kaj pa na izvajalce oskrbe?**

Vidik, da so institucije slabe širijo, kot sam zaznavam, predvsem društva, ki bi se rada polastila denarja, ki mislijo, da je v obtoku, saj menijo, da država kar daje denar domovom. Domovi ne dobijo od države, torej iz državnega proračuna nič ampak se preživljamo sami. Društva pa so v celoti vezana na državni proračun in se morajo prijavljati na razne razpise in je to verjetno tudi njihov motiv. To je pa slabo, saj so domovi zares naredili velik korak naprej, sploh v zadnjih 10 letih, od tistega kar je bilo včasih. Domov prve generacije, torej ubožnic in namestitvenih prostorov v starih in vlažnih prostorov ni več. Druga generacija domov je že prešla na lepše zidove ampak je bila oskrba bolnišnična, po 16 postelj v sobi. Potem so domovi 3. generacije, ki so že bolj usmerjeni v individualizacijo. Pa domovi 4. generacije katerih pristaš pa jaz nisem. Bivalni standard je podoben 3. generaciji, je pa več skupnih prostorov in vlada načelo gospodinjstkih skupin. Sam menim, da takšen način najbolj ustreza ljudem z demenco, kjer je potreba po druženju večja. Je pa kar se tiče demence spet tako, da je najbolje, da so ti integrirani, saj, če se bo človek z demenco družil z drugim človekom, ki ima demenco bo nazadoval. Če pa je z nekom, ki ima zdrav razum se uči od njega in ohranja kognitivne sposobnosti na neki normalni ravni in se dokazano bolezen počasneje slabša. Ljudje z demenco naj bodo ločeni res le v skrajnih primerih (3. Stadij bolezni), ko gre za zagotavljanje varnosti človeka z demenco in ostalih stanovalcev.

9. Se v vašem zavodu pojavlja čakalna vrsta? Če da, kolikšna je?

Čakalna doba za sprejem v dom je pri nas dve leti in pol, za demenco pa celo do 5 let. Pri nas še ni prišlo do tega, da bi imeli proste kapacitete, Ljubljana je namreč še vedno tisto mesto, ki nima dovolj razpoložljivih kapacitet za stare ljudi. V Sloveniji ta razpršenost ni dobro urejena, denimo v Prekmurju ostajajo prazne postelje. Pričakovanja, da se bodo npr. ljudje iz Ljubljane izseljevali v druge regije je pa po mojem mnenju malo mimo. Prvo ne razumejo ne jezika, ne navad... Javni domovi v Ljubljani so na splošno vsi polni, proste kapacitete se pojavljajo pri zasebnikih, pri katerih so pa cene precej višji, saj prodajajo bivalni standard ne pa standarda kakovosti.

10. Ali v primeru, da ni čakalne vrste za sprejem v institucijo, lahko upoštevate kakšne druge kriterije za vstop v dom, kot so sicer zakonsko določeni?

Vsak dom mora imeti za tak primer kakšno strategijo, da bi lahko naprej deloval. Strategijo nam na nek način narekuje država, vseeno pa jo ima tudi vsak dom zase. Narekuje nam jo tudi demografija in kar se tiče starejših od 65 let jih je vse več. Kar se tiče sprejetja zakona o dolgotrajni oskrbi se ne bojimo, saj prav nič ne kaže, da bi bil kaj kmalu sprejet. Eno so želje drugo pa realnost. Tako, da kot sem rekel, strategije so lahko različne, od sprejetja različnih programov – paliative, negovalni programi, demenca.

11. Če se izkaže, da za starega človeka v vaši ustanovi ne morete zagotoviti potrebne oskrbe, kako ukrepate?

V takih primerih gre predvsem za zdravstvene indikacije. V določenih primerih mi res nismo primerna ustanova, npr. ko se gre za oskrbo človeka, ki potrebuje nego 4. intenzivna nega, ko potrebuje 24 urno nego in ima priključene razne aparate. V takih primerih je najprimernejša bolnišnica. Nam se pa še ni zgodilo, da bi kdo iz psiholoških indikacij (razen v primeru gospoda, ki je imel prisluhe) zapustil dom. Smo ves čas pazljivi in v stiku tako s centri za socialno delo kot s policijo in gledamo na vse vidike neke situacije in človeka. Nimamo pa težav s tem.

Res je, da je v domovih zdravstveno-negovalna služba največja, a to ne pomeni, da se mora ustanova zato spremeniti v bolnišnico. Domovi, ki vso svojo pozornost usmerijo na nego in samo na nego hitro postanejo bolnišnica. Zato mora zares pridi do socialne naravnosti v domovih. Ponekod pa direktorji ne poznajo zdravstva in nakupijo vse kar se jim zdi potrebno. Tega jaz ne dovolim. Človek mora biti v ospredju mi pa v ozadju ampak z zavedanjem, da smo vsi enaki. Čeprav sem direktor grem tudi sam delat marsikaj kar sicer naj ne bi pasalo pod moje delovne naloge. Nisem pristaš vodstva, ki samo komandira, ampak se lotim vsakega dela, saj sem tukaj zaposlen. In to vsi vejo zato je tudi naš odnos malce drugačen kot v kakšnem drugem domu.

12. Se soočate z odhodi starih ljudi iz doma za stare ljudi? Če da, kolikšen odstotek/število?

Eden, dva na leto.

13. Kakšni so pa vašem mnenju razlogi za odhod starega človeka iz doma za stare ljudi?

Večinoma so ekonomski, drugi zelo močan je bližina socialne mreže. Ena gospa je nekoč dobila namestitev v Gorici in se je potem njen mož vsak dan vozil tja... Tukaj smo potem ukrepali in smo kar se da pospešili tako preselitev. Potem, ko je bila bolj v znanem okolju se ji je tudi stanje izboljšalo. Tretji razlog je pa tudi nezadovoljstvo in slabi odnosi, s čimer se pa za enkrat še nismo srečali. Odnosi so zares velik in pomemben faktor, ki vpliva na razpoloženje in kvaliteto bivanja. Ni malo primerov na splošno, ko so ljudje iz doma odšli, ker se nikakor niso mogli razumeti ali s kom od zaposlenih ali pa z drugim stanovalcem. V takih primerih je potem mogoče res bolje, da odidejo v drug dom, če se konfliktov zares ne da razrešiti. Mi zato trenutno delamo na uvedbi nekega programa, vključujočega, da bi se v prihodnosti takšnim potencialnim možnostim izognili.

14. Kako reagirate na odhod starega človeka iz doma za stare ljudi in ali ob tem sprejmete kakšne posebne ukrepe?

Delamo na tem, da izločimo vse stresorje, ki bi vplivali na slabšo kvaliteto življenja starega človeka. To pomeni, da si zapisujemo njegovo življenjsko zgodbo, obsežno biografijo in smo z njim čim bolj v stiku. Z njim in njegovimi svojci. Poskušamo vplivati na tiste faktorje, ki mu sprožajo srečo. Skrbi pa za to širši tim, seznanjeni pa morajo biti prav vsi zaposleni, od kuhinje do socialne službe.

PRILOGA 7:

INTERVJU E:

INTERVJU S SOCIALNIM DELAVCEM/VIŠJIM SVETOVALCEM JURETOM KOŠIRJEM V ZAVODU ZA PRESTAJANJE KAZNI ZAPORA NA POVŠETOVU ULICI

1. Koliko ljudi starih 65 let ali več je nastanjenih v vašem zavodu?

V letu 2014 je bilo na dan 1.1.2014 zabeleženih 47 obsojenih moških v starostni skupini od 59-69 let in 9 obsojenih žensk v isti starostni skupini. Na novo sprejetih pa je bilo tekom leta 62 moških in 9 žensk, če govorim kar se tiče te starosti. Bilo pa je zabeleženih tudi 5 moških starejših od 69 let in ena ženska starejša od 9 let. V tej starostni skupini od 69 let dalje je bilo tekom leta na novo sprejetih 7 moških in 1 ženska. Skupaj to znaša 141 obsojencev oziroma 127 moških in 14 žensk.

2. Ste se v vašem zavodu že srečali s katero od spodnjih preselitev starih ljudi (ni časovno določeno) (če DA, prosim na kratko opišite primer):

Iz psihiatrične klinike v zavod za prestajanje kazni zapora:

V 6 letih kolikor sem tukaj zaposlen se spomnim samo enega takšnega primera. Obsojeni je prišel k nam na prestajanje kazni s pozivom sodišča. Pred tem je bil na zdravljenju v psihiatrični kliniki. Sicer pa je stvar taka, da, ko sodišče poziv pošlje ne ve točno kje ta človek je, kje se nahaja. Tako, da se v tem primeru ni vedelo, da je ravno na zdravljenju, a je vseeno prišel prestat dodeljeno kazen. So pa seveda tudi primeri, ko sodišče kazen lahko odloži. To pomeni, da bi jo lahko nastopil neposredno po tem, ko bi se njegovo zdravljenje zaključilo, a v tem primeru se je ugotovilo, da ni potrebno kazni prelagati. O tem govori 24. člen ZIKS-a.

Iz posebnega zavoda v zavod za prestajanje kazni zapora:

Ne poznam primera.

Iz doma za stare ljudi v zavod za prestajanje kazni zapora:

Ne poznam primera.

Iz splošne bolnišnice v zavod za prestajanje kazni zapora:

Ne poznam primera.

Iz zavoda za prestajanje kazni zapora v psihiatrično kliniko:

V tem primeru gre predvsem za ambulantno zdravljenje na psihiatričnem oddelku in ne toliko za stalno premestitev starejših. Razlog za to pa so v prvi vrsti zasvojenosti. Pri tem pa je potem seveda potrebno zagotoviti varstveno nadzorstvo take osebe. Celotno stvar nadzira tudi center za socialno delo. Se pa v takih primerih vzpostavi sodelovanje z zavodskim psihiatrom, ki bedi nad človekom, ki pride v težave, stisko.

Sicer pa imamo v okviru UKC Maribor enoto za forenzično psihiatrijo, s 45 posteljami. Tja se namestijo osebe iz zapora, ki imajo duševne motnje in so sprejete tja po napotku zavodskega psihiatra. Tam so seveda zaposleni tudi pravosodni policisti. Prej je bilo potrebno zagotoviti v psihiatričnih bolnišnicah posebno varovanje, čemur smo se s takšnim forenzičnim oddelkom izognili. V letu 2014 je bilo tam od 7-15 oseb, ni pa podatka koliko od teh je bilo starejših.

Iz zavoda za prestajanje kazni zapora v poseben zavod:

Poznam primer, ko je prišlo do preselitve obsojenca v zavod Hrastovec, ampak na lastno željo obsojenega. To je bilo po prestani kazni in tja sva ga s pravosodnim policistom spremila. Je pa bil sam bivši obsojenec precej šokiran nad življenjem v tistem zavodu. Šokirali so ga predvsem sami stanovalci, njihovo obnašanje in način življenja, saj tega ni pričakoval. Kljub temu pa se je odločil tam ostati. Ni bilo pa slišati, da bi bilo karkoli pozneje po premestitvi narobe.

Iz zavoda za prestajanje kazni zapora v dom za stare ljudi:

Tukaj je potrebno reči, da postopek ni ravno enostaven in, da tovrstne premestitve niso lahko izvedljive. Dom za stare ljudi mora pokazati veliko mero angažiranosti, ki pa je po navadi ne. Ko nekdo prestane kazen s seboj prinese predsodke, ki vplivajo na mnoge odločitve, ki jih drugi sprejemajo o tej osebi. Enostavno rečeno, ljudi je strah. Pri nas se spomnim primera, ko je prišlo do premestitve v dom za stare ljudi. Pri tem pa je pomagalo tudi dejstvo, da je oseba imela svoje dohodke – pokojnino. Ko smo našli dom, ki je bil pripravljen sprejeti bivšega obsojenca pa je potem stekel standarden postopek sprejema. Smo pa dom zaprosili, da ravno zaradi predsodkov in strahu ne povedo kdo ta oseba je. Bivši obsojenec je bil v domu zadovoljen in ni prihajalo do nikakršnih težav. Čeprav je želel, da bi se ga namestilo v dom starejših v njegovem lokalnem okolju pa smo presodili, da to ne bi bila dobra ideja, zaradi njegove preteklosti – alkohola.

Iz zavoda za prestajanje kazni zapora v splošno bolnišnico:

Ne poznam primera.

Drugo:

Imam podatke o tem kam se naselijo osebe po prestani kazni. Torej, na novo in to tisti, ki so prej živeli drugje oz. v drugačnih okoliščinah. Lani je bilo tako odpuščenih 132 starejših oseb. 104 ljudi je odšlo v domače okolje, 7 se jih je namestilo pri sorodnikih, 9 v podnajemniški sobi, 4 v samskem domu, pri 8 pa ni urejene nastanitve (brezdomstvo).

Lahko pa omenim še to, da pogosto prihaja do primerov, ko pride do premestitve starejših ljudi iz pripora v zapor. To je predvsem posledica nasilja v družini. Pri nas je opazno vzrok temu zlasti alkohol pa tudi neplačevanje stroškov in celo požig nepremičnine, lastnine.

V preteklosti samih premestitev iz zavoda za prestajanje kazni zapora v druge institucije ni bilo veliko. Če pa je do tega prišlo definitivno ni bilo tako zakomplicirano kot je to danes, ko je ogromno birokracije. Takratni dogovori o premestitvah so bili predvsem interni, kar pomeni, da je denimo zavodski psihiater poklical psihiatra v psihiatrično bolnišnico, mu povedal primer in nato so se zmenili za premestitev, če je bila na voljo prosta postelja. Vse je bilo torej dosti lažje.

3. Obstaja v vaši evidenci podatek koliko starih ljudi in kam je bilo preseljenih iz oz. v vaš zavod?

Obstajajo splošne evidence katere moramo voditi po navodilih ministrstva za pravosodje. Nekaj podatkov je na podlagi tega pozneje prikazanih v letnih poročilih. Sicer pa posebne evidence o premestitvah starih ljudi ne vodimo.

4. Ali preverite kaj se po preselitvi dogaja s starim človekom, ki je zavod zapustil (glede oskrbe, bivalnih razmer ipd.)?

-Po preteku kazni:

Kaj se dogaja z bivšim kaznjencem po preteku kazni ne preverjamo več. Vsaj ne formalno. Sam zavod ne preverja odpuščenih ljudi, se pa kolegi med seboj včasih neformalno pogovarjamo kaj in kako se kakšnemu uporabniku godi. S takšnimi primeri se torej ne ukvarjamo, saj naše pristojnosti v takšnem primeru ugasnejo. Se pa primer preloži na center za socialno delo. So se pa že slišale pritožbe bivših obsojencev češ, da prej se z njimi stalno ukvarjamo, jim pomagamo...Nato pa se s pretekom kazni popolnoma pozabimo na njih.

-Ko je še v fazi prestajanja kazni (pa zaradi npr. zdravstvenih težav te ne more odslužiti v zaporu):

Vsak zavod za prestajanje kazni zapora mora imeti bolniško sobo, ki je primerna za osebe, ki potrebujejo drugačno, torej predvsem zdravniško oskrbo. Pri nas sta bila dva primera, ko je bila oseba na vozičku. Glede na to, da je naš zavod star seveda posledično ni dovolj arhitektonsko primeren za takšne primere. Zaradi tega se zna zgoditi, da se človeka premesti v Koper ali na Dob v zapor. Tam je nastanitev zanj primernejša, zlasti v Kopru, kjer je relativno nov zavod. Se pa takšni primeri rešujejo individualno in je marsikaj odvisno od samih okoliščin in situacije v kateri se človek znajde. Res je, da imamo pri nas eno samo bolniško sobo, kar je dolgoročno gledano premalo, saj se kazni daljšajo, ljudje postajajo starejši, kar nekaj je tudi invalidnih. Vseeno pa imamo posluh v takšnih primerih in jim poskušamo najti pomoč, ki je primerna njihovem stanju (npr. hrano prinašamo v sobo). Sicer pa se pripravlja novela ZIKS, ki naj bi stopila v veljavo s 1.6.2016 in naj bi zagotavljala bolniški oddelek za ljudi, ki potrebujejo več oskrbe. Tak oddelek naj bi bil na Dobu.

5. Kakšne so vaše izkušnje (pozitivne, negativne) glede preselitev starih ljudi v oz. iz drugih institucij?

Kakšne menite, da so pri tem posledice za ustanovo (ugled, opažanja glede pomanjkanja, oskrbe) in kakšne za uporabnike (stres, gredo na boljše/slabše)?

Pogoste so premestitve iz enega zapora v drug zapor, predvsem zaradi preobremenjenosti določenih zavodov (zlasti v Ljubljani). Za namen razbremenitve potem prihaja do preselitev, najpogosteje v Novo mesto.

Do premestitve pa lahko pride na dva načina. Tukaj so pa zajete tudi te v druge zavode. En je z nalogom, ki ga odredi sodišče in kjer se gleda zgolj na dolžino kazni, kar se mi ne zdi v redu. Dogaja se namreč, da se obsojenec, zlasti starejši, navadi na določen zavod in ga pote takšna preselitev spravi s tira in si je tudi ne želijo. Druga vrsta preselitve pa je premestitev z odločbo, ki se meni zdi bolj pozitivna in koristna saj je dogovorjena. S takšnimi premestitvami (predvsem v dom za stare ljudi) so obsojenci tudi dosti bolj zadovoljni.

6. Kakšno je sodelovanje z drugimi socialnimi zavodi – psihiatrično bolnišnico, zavodom za prestajanje kazni zapora, posebnim zavodom, domom za stare ljudi, bolnišnico?

Dosedanje izkušnje sodelovanja z drugimi ustanovami so predvsem pozitivne. Kar se tiče psihiatrije imamo stik predvsem s forenziko, s katero sodelujemo brez težav. Največ sodelovanja je predvsem s centri za socialno delo, ki pa tudi poteka bolj ali manj gladko. Edino pri sodelovanju z domovi za stare ljudi je opazen zadržek le-teh, saj potrebujejo veliko informacij in premisleka preden sprejmejo obsojenca v oskrbo.

7. Če se izkaže, da za starega človeka v vaši ustanovi ne morete zagotoviti potrebne oskrbe, kako ukrepate?

V naš zavod prihajata 3x na teden zdravnik in 2x tedensko psihiater, ki podata mnenje glede na zdravstveno stanje obsojenca. Če pride do takšne situacije, ko oskrba katero lahko tukaj nudimo ni dovolj, so premestitve seveda najbolj na mestu in zato tudi najbolj primerne. Eno je kot sem že omenil možnost bivanja v bolniški sobi, ki pa je samo ena. Na tem mestu bo situacija bolj urejena z novelo, ki naj bi zagotovila poseben bolniški oddelek za tovrstne primere. So pa še druge možnosti. Na primer, če je oseba zelo oslabela se ji lahko prekine kazen, če tako odredi generalni direktor. To pomeni, da se počaka, da se njeno stanje popravi, da se rehabilitira in nato nadaljuje kazen. Do takšnih primerov je že večkrat prišlo. Lahko pride do preselitve oziroma premestitve, prav tako na pobudo generalnega direktorja na podlagi varnosti in pa tudi upoštevanja osebnega načrta določenega obsojenca. Pa tudi do pogojnega odpusta, za kar je pristojna posebna komisija ali pa tudi do pomilostitve na predlog zavoda in s strani predsednika države.

8. Kako razumete dezinstytucionalizacijo na področju oskrbe starih ljudi?

Menim, da je o dezinstytucionalizaciji na področju kazenskega pravosodja težko govoriti, saj so nekateri ljudje nevarni tako sebi kot drugim. Kljub temu pa je prišlo do velikega napredka v razvoju vseh institucij. Definitivno so nekatere ustanove potrebne, potrebno pa je tudi delo z ljudmi, ki potrebujejo pomoč pri prilagajanju na nove in drugačne življenjske okoliščine.

9. Kakšno je vaše strokovno mnenje o institucionalnem varstvu?

Institucije so do določene mere potrebne. Vsekakor nujna možnost za tiste, ki izrazijo svobodno voljo po tovrstni nastanitvi. Kot pa sem že omenil je na področju zaporov stvar malce bolj komplicirana, saj gre za nastanitev katero si ljudje sami ne izberejo.

10. Je mogoče zaznati v prihodnosti kakšne spremembe na področju oskrbe starih ljudi v zavodu za prestajanje kazni zapora?

V prihodnosti se pripravljajo drastične spremembe na tem področju, ki pa so trenutno še v raziskovalni fazi in se ne ve točno kako bi jih izvedli. Raziskujejo se predvsem trendi in izkušnje iz tujine, ki pa jih nato poskušamo udejanjiti tudi v naši praksi. Eno je kot sem že omenil poseben bolniški oddelek na Dobu. V delu so pa tudi probacijske službe (imaš ob sebi človeka, ki ti pomaga po prestanju kazni ipd.), ki zajemajo različne tehnike dela.