

**Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo**

**Jan Praprotnik
Krepitev moči uporabnikov v institucijah**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

**Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo**

**Jan Praprotnik
Krepitev moči uporabnikov v institucijah**

**Diplomsko delo
Mentor: izr. prof. dr. Vito Flaker
So-mentorica: as. dr. Andreja Rafaelič**

Ljubljana, 2016

PODATKI O DIPLOMSKEM DELU

Ime in priimek: Jan Praprotnik

Naslov dela: Krepitev moči uporabnikov v institucijah

Kraj: Ljubljana

Leto: 2016

Število strani:	108	Število grafov:	0	Število prilog:	1
Število virov:	100	Število tabel:	1		

Mentor: izr. prof. dr. Vito Flaker

So-mentorica: as. dr. Andreja Rafaelič

Povzetek

Diplomsko delo sem razdelil na dva dela, in sicer teoretični in raziskovalni del. V teoretičnem delu sem predstavil deinstitutionalizacijo, vlogo duševnega bolnika in normalizacijo, vlogo uporabniških gibanj, stigmatizacijo uporabnikov duševnega zdravja ter zagovorništvo kot temeljno obliko krepitve moči uporabnikov. V posameznih poglavjih sem navedene pojme pojasnil na teoretični ravni na osnovi dostopnih virov in literature. Vsa našeta poglavja v tem delu: deinstitutionalizacija, vloga duševnega bolnika, normalizacija, uporabniška gibanja, stigmatizacija ter zagovorništvo, sem opisal in opredelil kot teoretično osnovo za potrebe raziskovalnega dela.

V raziskovalnem delu me je zanimala krepitev moči uporabnikov v totalnih ustanovah. V ta namen sem se udeležil študentske prakse v instituciji Sveti Vasilij v Novem Beču, Srbija. Raziskovalna naloga je akcijska narave, saj sem na terenu zbiral potrebne podatke in informacije preko skupščin, ki sem jih vodil v posameznih oddelkih v sklopi celotne institucije. Podatki in informacije so prikazovali opis stanja v zavodu, njihova videnja za rešitve, pa tudi prosti govor – kar koli jim je že ležalo na duši.

Hkrati pa je značaj dela tudi kvalitativen in poizvedovalen glede nato, da osnovno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, sestavljajo predvsem besedni opisi in pripovedi. Analiza je tako sestavljena opisno.

Deskriptorji

Deinstitutionalizacija, vloga duševnega bolnika, uporabniška gibanja, stigmatizacija, zagovorništvo.

PARTICULARS ABOUT DIPLOMA WORK

Name and surname: Jan Praprotnik

Title of diploma:

Place: Ljubljana

Year: 2016

Number of pages:	108	Number of graphs:	0	Number of additional:	1
Number of sources:	100	Number of tables:	1		

Mentor: izr. prof. dr. Vito Flaker

So-mentor: as. dr. Andreja Rafaelič

Abstracts

I have divided my diploma thesis into two parts namely: The theoretical and research part. In the theoretical part, I introduced, deinstitutionalization, the role of mental patient and the normalisation, the role of the user movements, stigmatization users of mental health and advocacy as a fundamental form of strengthening the power of users. In each of the following chapters, I referred to the concepts explained at the theoretical level, on the basis of the available sources and literature. Each of these chapter in this part, deinstitutionalization, the role of mental patient, normalization, user movement, stigma, and advocacy, I described and identified as the theoretical foundation for the needs of the research tasks.

In the research part, I was interested in the empowerment of users in the total facilities. To this end, I attended the student practice in the institution of Holy Vasily, in the New Beču, Serbia. The research task, is of an action nature, since I'm on the ground spot, collected the necessary data and information, through the assemblies, that I have led in each of the sections in assemblies of the whole institution. Data and information, gave a description of the status in the institution, their vision for the solutions and also speaking freely , whatever they have on their mind.

At the same time, however, the character of the tasks, including qualitative and query according to the basic material collected during the research process consists of mainly verbal descriptions and narratives. The analysis is thus composed of a descriptive.

Descriptors

Deinstitutionalization, the role of mental patient, user movements, stigmatization, advocacy

PREDGOVOR

V diplomskem delu sem se odločil opredeliti pojem deviantnosti, duševnega zdravja, vlogo duševnega bolnika ter pojem in proces normalizacije. V delo bom poizkušal dodati še nekatera svoja razmišljanja, do katerih sem prišel na osnovi raznih pristopov opravljenega študija ter svojega prostovoljnega dela v raznih ustanovah na področju socialnega dela.

V diplomskem delu sem se odločil prikazati dezinstitutionalizacijo kot način krepitev moči. Dezinstitutionalizacija je proces, preko katerega se uporabniki osamosvojijo, saj se institucije zaprejo, pristopi socialnega dela (osebni načrt, analiza tveganja) pa so tisti dejavniki, ki se štejejo v celoten proces dezinstitutionalizacije.

Deinstitutionalizacija je proces, ki sočasno ukinja ustanove in vzpostavlja skupnostne službe. Spreminja tako vlogo strokovnjakov kot uporabnikov, ker zahteva od strokovnjakov, da uporabnikom zagotovijo tako obliko pomoči, ki jim bo omogočala prevzeti nove, cenjene vloge in jih podpirala pri uveljavljanju človekovih pravic (Rafaelič 2015).

V delu sem se odločil opredeliti pojem deviantnosti, duševnega zdravja, vlogo duševnega bolnika, pojem in proces normalizacije. Ob tem bom v delu poizkušal dodati še nekatera svoja razmišljanja, do katerih sem prišel na osnovi raznih pristopov iz opravljenega študija ter svojega prostovoljnega dela v raznih ustanovah na področju socialnega dela.

V poglavju o normalizaciji oz. prevrednotenju družbenih vlog pa pojasnujem pregled prispevkov oz. razvoj normalizacije posameznih avtorjev Wolfensbergj, Nirjeja, ter pregled osnovnih načel normalizacije po Brandonu.

V sklepu podajam svoje razmišljanje na odnos med teorijo in prakso na področju socialnega dela ter tudi moje osebne poglede na napisane teorije in izkušnje iz prakse.

Prav tako sem naredil poskus prikaza uporabniških gibanj in uporabniških organizacij. Pri tem sem prikazal zametke njihovega nastanka, njihov razvoj, vzroke ter razloge njihovega nastanka, značilnosti gibanj nevladnih organizacij in posamezne primere organizacij. V drugem delu pa sem prikazal značilnosti skupnostnih služb ter uporabniških organizacij in gibanj na področju duševnega zdravja.

V sklepu sem prav tako pojasnil pregled aktivnosti in prizadevanja, ki bi morale biti vključene v življenje zato, da bi bilo področje duševnega zdravja v Sloveniji na višjem nivoju, ki bi bil skladen s prakso nekaterih drugih držav. Uporabniška gibanja so pomembna tudi za krepitev moči uporabnikov, saj se sam izraz »družbena gibanja« pojavi v prvih desetletjih 19. stoletja v Angliji in Severni Ameriki. Pomeni razne kolektivne aktivnosti v kontekstu vpliva na spremembe politične ali socialne narave. Predstavlja »alternativo prevladujočim pogledom na svet in vrednostnim sistemom« (Delal Porta, 2003: 99). Predsodki do uporabniških gibanj oz. do uporabnikov, ki se znajdejo v različnih duševnih stiskah, so prisotni že skozi vso zgodovino. Ob tem pa pozabljamo, da so to ljudje, ki se ne znajo odzvati na svojo stisko in zaradi tega niso vredni obsodbe. Duševno zdravi so sposobni take ljudi duševno dvigniti in okrepiti, zato je stigma uporabnikov storitev duševnega zdravja tema, ki bi dvignila potrebno kritično zavedanje ljudi v državi.

V diplomskem delu želim odgovoriti na vprašanje, kaj je duševna bolezen oziroma duševna stiska in posledično, kaj je stigma in kakšni so vzroki za njen nastanek. Opredelim se tudi do posledic stigme, saj izhajam iz predpostavke, da sta psihiatrična diagnoza ter zdravljenje v psihiatrični bolnišnici ključni (ne pa sicer edini) dejavnik stigmatizacije uporabnikov storitev duševnega zdravja. Njihovo življenje se tudi zaradi slednjega močno spremeni.

Poizkušam tudi odgovoriti na vprašanje, kateri so tisti možni načini, ki bi lahko uspešno delovali pri zmanjšanju stigmatizacije. Pri tem imajo po moje pomembno vlogo strokovnjaki z izkušnjo. Kdor se namreč tako ali drugače ni od blizu srečal z duševno stisko, ne more v polni meri dojeti, kaj prizadeta oseba ali njeni svojci doživljajo, ne samo zaradi bolezni, ampak tudi zaradi posledic stigmatizacije. Opažamo, da stigma celo narašča, a se seli na bolj prikriti ravni. Ukrepi za destigmatizacijo so torej nujni in potrebni tukaj in zdaj.

Podajam še različne definicije zagovorništva, kot jih najdemo v literaturi. Predstavim različne vrste zagovorništva skupaj s cilji, ki jih zagovorništvo zasleduje, njegovo pravno ureditev v Sloveniji ter možno novo obliko tega koncepta.

Kazalo vsebine

Kazalo vsebine	13
Teoretični uvod	15
Deinstitucionalizacija.....	15
Krepitev moči – opredelitev	15
Krepitev moči	16
Inovativne metode	18
Individualno ali osebno načrtovanje	18
Analiza tveganja	18
Deinstitucionalizacija – osnovni pojmi	19
Razlogi za deinstitucionalizacijo	21
Temeljna načela deinstitucionalizacije	22
Potrebe.....	23
Dolgotrajna oskrba	24
Vloga duševnega bolnika in normalizacija	27
Deviantnost.....	27
Povzetek	28
Opredelitev stigme	29
Duševno zdravje	30
Pojem duševne bolezni	31
Vloga duševnega bolnika	32
Normalizacija.....	32
Vloga uporabniških gibanj	37
Poslanstvo uporabniških gibanj.....	37
Cilji uporabniških gibanj	39
Dejavnost uporabniških organizacij	40
Načela uporabniških organizacij	40
Razvoj nevladnih organizacij in gibanj	40
Vključevanje uporabnikov	41
Skupnostne službe in pristopi.....	42
Duševno zdravje v skupnosti.....	43
Cilji duševnega zdravja v skupnosti.....	44
Stigmatizacija uporabnikov duševnega zdravja	46
Vzroki za nastanek stigme.....	46
Povzetek.....	47
Posledice stigme	48
Možni načini za zmanjšanje stigmatizacije	48
Zagovorništvo	51
Definicije zagovorništva.....	51

Vrste zagovorništva	51
Pravna ureditev zagovorništva v Sloveniji	54
Problem	57
Formulacija problema	63
Metodologija	63
Vrsta raziskave	63
Teme raziskovanja	63
Merski instrumenti ali viri podatkov	63
Opredelitev enot raziskovanja – populacija, vzorec	63
Zbiranje podatkov oz. empiričnega gradiva	64
Obdelava gradiva	64
Rezultati	65
Razprava	69
Sklepi	71
Predlogi	73
Zaključek (povzetek)	74
Uporabljena literatura	77
Priloga A - Izjave	83
Priloga B - Intervjuji	89
Priloga C - Kategorije	97
Priloga D - Nadkategorije	104

Teoretični uvod

Deinstitucionalizacija

Krepitev moči – opredelitev

Krepitev moči je tema, ki je postala v zadnjih desetletjih vse bolj priljubljena na različnih področjih. Kljub temu, da se izraz široko uporablja in da je postal del jezika, v literaturi ne najdemo široke opredelitve krepitve moči, ki bi zajemala neko njeno splošno predstavo za vsa akademska področja. Skoraj edino soglasje glede koncepta krepitve moči je v tem, da naj bi označevala procese, v okviru katerih naj bi objekt krepitve pridobil moč, kar je pravzaprav tautologija. Ko se spustimo v podrobnejši pregled tega, kar se v literaturi in v praksi pojavlja pod nazivi večanje moči, opolnomočenje, krepitev moči in podobno, hitro ugotovimo, da gre med cilji krepitve za zelo različne stvari (Boškić, 2005: 177). Krepitev moči se torej osredotoča na povečanje osebne moči posameznika in na njegove osebne značilnosti. V okviru individualne krepitve moči posamezniki prepoznavajo njihovo stigmo, diskriminacijo in zatiranje. Nekateri posamezniki se soočajo z lastno stigmo in negativnimi stereotipi, delajo s svojimi občutki jeze, strahu in podobno. Načela individualne krepitve moči zajemajo vzpostavitev delovnega odnosa s posameznikom, ki temelji na zaupanju in individualnem projektu pomoči. Sodelovanje temelji na medsebojnem spoštovanju, odprti komunikaciji, zavezništvu in neformalnosti (Videmšek 2011).

Tanja Lamovec (1999) ugotavlja, da predstavlja krepitev moči končni cilj uporabniških organizacij. Pojasni, da slednje po eni strani pomeni popolno enakopravnost z drugimi državljani, kar naj bi omogočila odprava diskriminatorne zakonodaje, po drugi strani pa zagotovitev vsega tistega, kar omogoča samostojno in kakovostno življenje uporabniku.

Pojem krepitve moči je v psihosocialnem modelu ključnega pomena. Ker je končni cilj tega modela, je treba ta cilj nujno natančneje opredeliti in mu določiti vmesne stopnje. Kot izhodišče pa lahko vzamemo opredelitev, ki pravi, da je krepitev moči dosežena tedaj, ko postane moč uporabnikov enaka moči drugih državljanov (Lamovec 1998).

Ker je stroka socialnega dela specializirana za izvajanje pomoči, je (ne)moč drugih osrednje vprašanje njenih storitev. Posamezniki ali cele skupine postanejo uporabniki socialnega dela zato, ker sami ne morejo rešiti svojih težav. Krepitev moči je relacija razmerij odvisnosti, ne pa njihovo odpravljanje (Dragoš, 2008:36).

Socialno delo, ki temelji na načelu krepitve moči, je usmerjeno v podporo uporabnika, da pridobi nadzor in vpliv nad svojim življenjem. Saleebey (2002, po Urh, 2008) pravi: »Formula je preprosta: mobiliziraj moč klientov (talente, znanja, sposobnosti, vire), podporo njihovih prizadevanj, da dosežejo svoje cilje in vizije in uporabniki bodo izboljšali kakovost svojega življenja, tako da bo v skladu z njihovimi predstavami o kakovosti. Čeprav je recept preprost, zahteva trdo delo.«

Dragoš (2008: 36) meni, da pogosto pozabljamo, da je človek družbeno bitje, kar pomeni, da je odvisen od drugih ljudi in stvari. Šele odvisnost od drugih nas napravi socialna bitja. Odvisnost je soočanje z nasprotji. Šele v odvisnosti do drugih lahko uresničimo svoje interese, od najosnovnejših potreb po hrani in bližini, do kopičenja materialnih dobrin ali ugleda. Razmerja odvisnosti so glavni razlog, da se sploh združujemo v skupine, da v njih zdržimo, jih spreminjamo in jih zamenjujemo. Zato pri krepitvi moči uporabnikov ne gre za odpravljanje njihove odvisnosti na sploh, temveč za spreminjanje tipa ali stopnje konkretnih razmerij odvisnosti. Odvisnost je soočanje z nasprotji. Šele v odvisnosti do drugih lahko uresničimo svoje interese. Krepitev moči je osnovna tema, bistvo pri načrtovanju. Je tema, pri kateri se je potrebno znova in znova vračati, da bi lahko uspešno

načrtovali. Uporabnikovo moč je potrebno razumeti kot pogodbeno moč, to pomeni, kakšno moč ima sklepati pogodbe, ali je lahko in v kolikšni meri pogodbeni stranka. Pomembni cilj in namen načrtovanja je, da uporabnik postane pogodbeni osebek, da je načrt izraz njegove osebne volje in temelj pogodb ter pogajanj z drugimi (Flaker et al. 2011).

Krepitev moči ni zgolj krepitev samozavesti. Pogodbeno moč posameznik črpa iz svojega formalnega statusa ter iz tega, kako ga vidijo drugi oz. mu zaupajo. Za načrtovalca je ključno, kakšen je uporabnikov formalni status in kako bi ga lahko izboljšali. Ali ima uporabnik opravilno in poslovno sposobnost, kakšen je nadomestni status (otroka, invalida, upokojenca, bolnika, obsojenca ...), in drugi formalni statusi (zaposlitev, izobrazba, funkcije, članstva), kakšen je status denarja, status ugleda, kakšen stik ima z drugimi, kakšne vtise daje, kakšna stopnja zaupanja obstaja ter kakšne so njegove zveze in poznanstva (Flaker et al. 2011).

Krepitev moči

V socialnem delu se koncept krepiteve navezuje na delo Barbare Solomon iz leta 1976, kjer avtorica v svoji knjigi Krepitev moči temnopoltih: Socialno delo v zatiranih skupnostih (Solomon 1976) promovira koncept krepitev moči kot poseg in strategijo za doseganje afroameriške avtonomije. Solomon (1976) pravi, da je krepitev moči vodilno načelo za dostop zatiranih družbenih skupin k virom in je »način, ki povečuje njihovo samospoštovanje, kot tudi njihove sposobnosti reševanja problemov« (Solomon, 1976: 347). V praksi je ta koncept socialnega dela zaživel šele v 90. letih prejšnjega stoletja. Nastale družbene spremembe se kažejo predvsem v tem, da so se zabrisale razlike med tistimi, ki zagotavljajo storitve, in tistimi, ki jih prejemajo. V strokovnem smislu je gibanje pomenilo novost in razmislek o novih vzorcih medsebojnih odnosov, ki temeljijo na sodelovanju.

V drugi polovici 20. stoletja je nastal preobrat v načinu podpore ljudi z izkušnjami na področju duševnega zdravja, ki predstavlja rezultat vzpostavitve skupnostnih služb. V skupnostnih službah naj bi moč odločanja prevzel uporabnik teh služb. Tak premik moči med ponudniki in uporabniki storitev je med drugim uvedel »vprašanje, kdo koga nadzira« (Grom 1993).

Basaglia (1968) loči tri tipe odnosov, ki nastanejo v treh različnih pogojih:

Aristokratski odnosi so tisti, pri katerih ima uporabnik pogodbeno moč nasproti strokovni moči delavca – zdravnika, saj ta na uporabnika gleda kot na vir ekonomske moči, zdravnik pa poseduje znanje. Dokler bo uporabnik imel ekonomsko vrednost, ki se enači s tehnično vrednostjo, t. i. znanjem zdravnika, pasivno prilagajanje zdravnikovi moči ne bo nujno. V primeru, ko pogodbene moči ni, uporabnik začne kariero osebe s težavami v duševnem zdravju, ki zaradi socialnega položaja nima ne vpliva, ne vrednosti. Oseba bo rabila za določen namen mnenje psihiatra.

Odnosi v socialnem varstvu in zdravstvenem zavarovanju temeljijo na dejstvu, da se uporabnik ne zaveda vedno svojih pravic in dejanskega položaja v odnosih zaradi samovoljne in tehnične moči, ki jo uveljavlja zdravnik. Če je moč, ki je samovoljna, ogrožena, se ta lahko sklicuje na tehnično moč in s tem tudi določi vrsto odnosa. Recipročnost je odvisna od tega, v kolikšni meri uporabnik lahko izkazuje razredno zavest in zrelost, ki bo upoštevana.

Pri institucionalnih odnosih pa je moč zdravnika neomejena. Uporabniku so kršene njegove pravice, saj nima pogodbene moči. Uporabnik tako nima druge možnosti, kot da se podredi pravilom in ureditvi institucije. Recipročnosti v odnosih ni. Uporabniku so kršene pravice, ne gre toliko za težave v duševnem zdravju, kolikor za to, da nima pogodbene moči. Uporabniku zaradi svojega brezizhodnega položaja ne preostane drugega, kot da kaže svoj upor z odklonskim vedenjem. To velja za uporabnike, ki nimajo druge možnosti kot institucionalno varstvo. Basaglia prav tako meni, da je izključenost povezana s pomanjkanjem pogodbene moči. Pomanjkanje pogodbene moči

uporabnikov se tako odraža na vseh področjih, ki so pomembna za posameznikovo osamosvojitve, ne samo v odnosu z delavcem.

Danes se izraz »krepitev moči« intenzivno uporablja, nanaša pa se na širok razpon zelo različnih procesov in praks. Friedman (1992) opredeljuje tri vrste moči in na tej osnovi tri vrste krepitve moči: družbena moč (posedovanje informacij, znanja in veščin ter možnost sodelovanja v družbenih in finančnih organizacijah), politična moč (dostop do procesov odločanja) ter psihološka moč (individualen občutek vpliva, ki ga lahko dosežemo s krepitvijo moči na ostalih dveh področjih). Koncept krepitve moči deli na tri osnovne podkoncepte: moč, nadzor in medsebojno razmerje. Pri moči kot sestavni obliki krepitve moči v povezavi s konceptom moramo načeti vprašanje moči, ki zajema različne interese in ravni analize: kdo ima moč, kdo koga nadzoruje, kdo kaj prejema, kdo kaj opredeli, kdo o čem odloča itn. Moč je tako osrednjega pomena. O tem govori tudi Dragoš (Dragoš et al. 2008: 11), ki pravi, da imamo z močjo opraviti povsod, kjer obstaja verjetnost, da bodo ljudje delovali tako, kot kdo od njih zahteva. Iz te definicije izhaja, da se teme moči nanašajo na razmerja. Osrednji izziv v povezavi s krepitvijo moči je, kako se izogniti razmerjem »nadzora« med uporabniki storitev in strokovnjaki in kako naj se osredotočimo na socialno delo, ki bo delo skupaj z ljudmi in ne delo na ljudeh. Marian Barnes in Ric Bowl (2001) navajata, da je ključna naloga koncepta krepitve moči »premik v naravi razmerja med tistimi, ki usluge ponujajo, in tistimi, ki jih prejema« (2001: 15). Poglavitna zamisel koncepta je zagotoviti osebam v deprivilegiranem položaju moč, glas in izbiro. V praksi socialnega dela to pomeni, da imajo uporabniki storitev priložnost izraziti svoje potrebe, namesto da jim govorijo, kaj je zanje najbolje in kakšne so njihove potrebe (Videmšek 2008). Na področju socialnega dela strokovni delavci krepijo moč uporabnikov tako, da ti uveljavljajo svoje že obstoječe pravice. Krepitev moči je metoda socialnega dela. Z njo pomagamo človeku, da spozna družbeno ustvarjene neenakosti in diskriminacije. Uporabnika spodbujamo, da razvije tiste sposobnosti, s katerimi lahko razširi svoj vpliv in sposobnost za uporabo moči. S krepitvijo moči krepimo občutke samozavesti, da uporablja vzrode moči. Moč ni le na strani strokovnjaka, ampak tudi na strani uporabnika. Pridobljeno moč lahko oseba uporablja zase, za podporo drugim uporabnikom in za socialno akcijo« (Zaviršek, Zorn, Videmšek, 2002: 60).

V psihosocialnem modelu pomeni pojem krepitve moči končni cilj, s katerim ocenjujemo uspešnost skupnostnih služb. Moč ali krepitev moči si morajo uporabniki izbojevati sami in z uporabniškimi gibanji. Krepitev moči je dosežena takrat, ko postane moč uporabnikov enaka moči drugih državljanov (Gošte 2004: 18).

Lamovec (1999: 67) opisuje krepitev moči kot notranji proces. Uporabniki, ki se aktivno vključijo v delo organizacije, si tako pridobijo zaupanje vase in občutek, da lahko sami kaj spremenijo v zunanem svetu. Delitev na strokovnjaka in uporabnika ni najbolj posrečena in se nanaša izključno na statusni vidik. Kar se tiče znanja, imamo tudi med uporabniki psihologe, pravnike, socialne delavce, ki lahko sodelujejo pri vodenju uporabniške organizacije in posredujejo svoje specifično znanje drugim. Ne gre torej za znanje, temveč status. Ker se je krepitev moči uveljavljala na različnih področjih, je seveda različno tudi pojmovanje samega pojma oz. obstajajo različne vrste definicij. oz njegovih opredelitev. Je proces, ki se odvija v nekem družbenem prostoru. Eno od najbolj razčlenjenih in splošnih klasifikacij je izdelal Somerville (1998). Njegova klasifikacija temelji na podlagi odnosov med posamezniki in organizacijami po štirih kriterijih: smer delovanja: od zgoraj navzdol/od spodaj navzgor, kar pomeni, da poznamo delovanje znotraj organizacije po hierarhiji, kjer potekajo ukazi od zgoraj navzdol ali kjer delovanje poteka od spodaj navzgor. Druga sprememba v razmerjih odvisnosti je naraščajoča odvisnost/naraščajoča neodvisnost, kar pomeni, da sta v sorazmerju. Tretji način doseganja sprememb je konzervativen/radikalen/reformističen način: konzervativen predstavlja bolj omejen, radikalen v bistvu bolj spreminjajoč ter reformističen da se prenovi. Krepitev koristi tako posameznikom kot kolektivom oz. elitam.

Somerville (1998) pojasnjuje, da si pod procesom krepite največkrat predstavljamo povečano neodvisnost, vendar ni vedno tako. Predpostavka o vzročni povezavi med krepitevijo in večanjem neodvisnosti izhaja iz tega, da krepitev povezujemo s pojmom »omogočit«, medtem ko odvisnost povezujemo s pojmom »poslabšanje, škoda«, kar domnevno slabi moč. Gre za proces, ki celo razširi določene institucionalizirane strukture. O radikalnem procesu krepitev govorimo v primerih, ko je cilj krepitev rušenje in zamenjava obstoječih struktur in vzpostavitev novih razmerij moči. Osnovna značilnost reformističnega procesa krepitev pa je preoblikovanje obstoječih institucionaliziranih pravil tako, da je moč med subjekti bolj enakopravno porazdeljena.

Krepitev moči, ki se je v zadnjih desetletjih postopoma uveljavljala v socialnem delu je v svojem bistvu usmerjena na večanje osebne moči posameznika. Prav tako po Lamovčevi predstavlja cilj uporabniških organizacij. Moč je okrepljena takrat, ko postane moč uporabnikov enaka moči sodržavljanov. Zato je v socialnem delu, ki je specializirano v izvajanju pomoči, krepitev moči ena izmed njenih osrednjih storitev, ki pomaga uporabniku prevzemati življenje v svoje roke oz. spreminjati tipe razmerij odvisnosti, da lahko uresničujejo svoje interese. Tako je krepitev moči vodilno načelo, s katerim se rešujejo problemi uporabnikov. Prav zato je Basaglia govoril tudi o treh vrstah odnosov, s katerimi se dandanes uporabniki srečujejo v socialnem varstvu, institucionalnih odnosih ter aristokratskem tipu odnosov, kjer stopnja razmerij odvisnosti na žalost bistveno prevladuje na strani zdravnikov. Prav tako je tudi Friedman opredelil tri vrste moči, ki jih poznamo, in sicer družbeno, politično in psihološko. Zadnja je odvisna od stopnje okrepljenosti prvih dveh. Medtem pa Dragoš poenostavlja, da imamo z močjo opraviti povsod, kjer obstaja verjetnost, da bodo ljudje delovali tako, kot kdo od njih zahteva. Iz te definicije izhaja, da se teme moči nanašajo na razmerja. Lamovčeva pa opisuje pojem krepitev moči kot notranji proces, kjer uporabniki preko uspešnega aktivnega vključevanja v postopke dela pridobivajo zaupanje vase na podlagi uspehov.

Inovativne metode

V novejšem času tako teorija kot praksa socialnega dela uvajata številne inovativne metode socialnega dela.

Individualno ali osebno načrtovanje

Temelji na načelu »od spodaj navzgor« in je prilagojeno interesu vsakega posameznika. Gre za veljaven dokument posameznika, ki se upošteva, krepi njegovo socialno mrežo, posameznik je aktivno vključen v načrtovanje, ima možnost načrt spremeniti, metoda pa je prilagojena posameznikovim potrebam.

Po navadi govorimo o individualnem načrtovanju in izvajanju storitev. Izraz zajema tako proces načrtovanja kot izvajanja. V projektu individualnega financiranja se je sicer govorilo o načrtovanju in koordinaciji, vendar izraz koordinacijo zajema bolj izvedbo načrta. Za izdelek načrtovanja se je uveljavil naprej izraz individualni načrt. Kasneje pa so ga zaradi pomena besede (indivisum pomeni nedeljivo) spremenili v osebni načrt, saj je personalizacija nasproti individualizaciji. Personalizacija v večji meri izraža skrb za enkratnost osebe in njenih idiosinkratičnih želja (Flaker 2010).

Analiza tveganja

(omogoča večjo aktivnost uporabnika, omogoča varnost uporabnika pred morebitnimi tveganji, uporabnika se seznani o morebitnih posledicah, destigmatizacija vloge uporabnika, možnost, da se

pokažejo nove sposobnosti uporabnika)

Analiza tveganja je postopek, ki se je razvil iz dvojne potrebe strokovnjakov, zlasti socialnih delavcev, ki so na delovnem mestu odgovorni za varnost ljudi – in za nevarnost, da bodo ti ljudje lahko ogrožali sebe ali druge. Poglavitna značilnost tega postopka je, da poskuša ločeno oceniti (a) grožnjo in (b) nevarnost, ki jo grožnja prinaša. Tako je npr. bananin olupek grožnja; nevarnost, ki grozi, pa je, da lahko na njem spodrsne in pademo. (Flaker 1994)

Grožnja je torej nujen pogoj, da smo izpostavljeni nevarnosti, ne pa tudi zadosten pogoj, da se nam kaj pripeti. (Flaker 1994)

Se pravi: da nam spodrsne na bananinem olupku, mora biti na tleh olupek, vendar pa dejstvo, da je olupek na tleh, še ne pomeni, da nam bo na njem spodrsnilo. Oceniti moramo torej, kolikšna je verjetnost, da se nevarnost uresniči, če se ji izpostavimo s tveganim vedenjem. (Flaker 1994)

Analiza tveganja pride prav, kadar smo prepuščeni "zdravorazumskim" ali tudi logičnim špekuliranjem. Stvari postanejo še bolj spekulativne, ko se lotimo zmanjševanja tveganja. Prednost analize tveganja, tudi ko nimamo empiričnih statističnih podatkov, je ravno v postopku razlikovanja med grožnjo in nevarnostjo, kar nam omogoči boljše razumevanje situacije tveganja (Flaker 1994).

Menim, da se deinstitutionalizacija šteje kot način krepitev moči, uporabnikov v institucijah, saj daje ljudem tisto, kar bi jim moralo že v osnovi pripadati, bivanje v skupnosti.

Deinstitutionalizacija – osnovni pojmi

Deinstitutionalizacija je eden od pomembnejših procesov in je namenjena otrokom, ljudem z ovirami, ljudem z duševnimi stiskami ter starim ljudem in ljudem z motnjami v duševnem razvoju. Optimalni cilj bi bila vrnitev zgoraj omenjenih ljudi v družbo, kjer bi bili njeni polnopravni člani. Deinstitutionalizacija ima vpliv tako na uporabnika kot posameznika kot na širšo družbeno skupnost.

Skupne evropske smernice za prehajanje iz institucionalnega varstva v oblike skupnostne skrbi definirajo dezinstitutionalizacijo ne zgolj kot zapiranje ustanov, temveč istočasno razvijanje palete služb v skupnosti, ki vključujejo tudi preventivo institucionalizacije. Smernice se tudi sklicujejo na Unicefovo definicijo, ki pravi, da je proces dezinstitutionalizacije celostno načrtovanje preoblikovanja ustanov, zmanjšanja njihovih kapacitet in/ali njihovega ukinjanja, s sočasnim vzpostavljanjem služb v skupnosti, ki temeljijo na človekovih pravicah in standardih učinkovitosti (Rafaelič 2015).

Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalnih v skupnostne oblike oskrbe (2012) so edini dokument v Evropi, ki je izrecno namenjen deinstitutionalizaciji. Smernice so hkrati priporočila državam članicam in pristopnicam, kako izvesti deinstitutionalizacijo (Rafaelič 2015: 94).

Deinstitutionalizacije ne razumemo zgolj kot ukinjanje in zapiranje institucij (psihiatričnih bolnišnic, zavodov) ampak kot proces ustanavljanja služb, ki nadomestijo institucije. Pri procesu ne gre samo za premestitev ljudi v drugo okolje, temveč predvsem za to, da so ljudje s težavami z duševnim zdravjem kar najbolj vključeni v običajno življenje in imajo pri tem zagotovljeno podporo, ki jo potrebujejo. Na eni strani lahko deinstitutionalizacijo opredelimo kot zdravljenje zunaj institucije (bolnišnice), na drugi pa kot družbeno spremenjeno vlogo ljudi, ki so bivali v

institucijah (Videmšek 2013: 53).

Prestrukturiranje institucionalnih oblik v skupnostne ima v Sloveniji svojo pravno osnovo v Resoluciji o nacionalnem programu razvoja socialnega varstva 2013–2020. V njej je zapisano, da je namen sistema socialnega varstva v Republiki Sloveniji omogočiti socialno varnost in socialno vključenost državljanov in drugih prebivalcev Republike Slovenije. Pri tem sistem socialnega varstva zajema tudi storitve, programe in druge oblike pomoči, katerih namen je preprečevanje nastajanja socialnih stisk in težav. Cilj, ki ga zasleduje Resolucija, je tudi sprememba razmerja med uporabniki skupnostnih oblik socialnega varstva in uporabniki institucionalnih oblik socialnega varstva oziroma povečanja deleža uporabnikov skupnostnih oblik in zmanjšanje deleža uporabnikov institucionalnih oblik socialnega varstva. Med svojimi cilji Resolucija navaja tudi uvajanje novih oblik bivanja v skupnosti s poudarkom na posebnih skupinah (osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju ipd.) ter uvedba enovitega sistema dolgotrajne oskrbe s povezanimi zdravstvenimi in socialnimi storitvami za vse starostne skupine, ki potrebujejo oskrbo. Določila je tudi okvir za razvoj mreže izvajalcev in obseg javne službe na področju socialnovarstvenih storitev.

Osnovna značilnost sprejetega dokumenta je, da se zavzema za povezovanje strokovnih služb z nevladnimi organizacijami, civilnimi združenji in posamezniki.

Skupne evropske smernice nam nalagajo, naj proces deinstitucionalizacije izvedemo tako, da bomo ves čas spoštovali pravice uporabnikov, istočasno minimizirali tveganja ter zagotavljali dobre učinke za vse deležnike in akterje procesa. Sočasno je z zapiranjem ustanov nujno potrebno vzpostaviti nov sistem ali dopolniti obstoječi sistem oskrbe v skupnosti, ki bo spoštoval tako pravice kot potrebe in želje vsakega uporabnika in njegove družine. (Rafaelič 2015)

V nadaljevanju smernice dajejo državam članicam EU tudi navodila o tem, kako ustvarjati strategijo in izvedbene načrte deinstitucionalizacij; kako spreminjati zakonodajo, da bo omogočala oskrbo v skupnosti, vključno z ukinjanjem skrbništva; kako razvijati odgovore v skupnosti; kako preusmerjati sredstva in osebja iz institucij v skupnost; kako načrtovati in zagotavljati oskrbo po osebni meri; kako načrtovati reorganizacijo in transformacijo ustanov; kako krmiliti, spremljati in evalvirati proces in kako razviti kader za delo v skupnosti. (Rafaelič 2015)

Smernice so dobro orodje za načrtovanje deinstitucionalizacije, ker opozorijo na večino veljavnih mednarodnih dokumentov, ki jo narekujejo, in povedo, kako se je moramo lotevati na različnih nivojih. (Rafaelič 2015)

Vsi pomembnejši evropski dokumenti, ki jih je Slovenija podpisala, narekujejo premik v skupnost, razvoj skupnostnih služb in zapiranje zavodov, ki so nečloveški in kršijo velik del tako človekovih kot otrokovih pravic (Rafaelič 2015)

Prav tako deinstitucionalizacijo narekujejo številni mednarodni dokumenti, med vsemi pa je za sam zagon deinstitucionalizacije najpomembnejša Konvencija o pravicah ljudi z ovirami in njen 19. člen, ki podeljuje vsem ljudem z ovirami pravico do življenja v skupnosti (Rafaelič 2015).

Prav tako deinstitucionalizacijo najbolj poudarjeno narekuje 19. člen Konvencije o pravicah invalidov. Države, ki temeljijo na človekovih pravicah, ne morejo in ne smejo ohranjati institucionalnega varstva. Institucije so anomalija in pokazatelj stopnje diskriminatorosti neke družbe. (Rafaelič 2015)

V Sloveniji še nimamo temeljnega dokumenta oziroma strategije, ki bi narekoval in določal temeljna načela deinstitucionalizacije. Nacionalni program socialnega varstva sicer navaja nekaj načel za razvoj socialnega varstva in storitev v skupnosti, a so ta preširoka in ne dovolj vodljiva. Zato bi bilo potrebno ne samo sprejemati posebne strategije za proces deinstitucionalizacije, ampak tudi zelo natančno definirati načela, ki bodo vodila proces. (Rafaelič 2015)

Totalne ustanove kršijo vrsto človekovih pravic vseh najpomembnejših mednarodnopravnih aktov. Kršijo pravice iz splošne deklaracije o človekovih pravicah, Mednarodnega pakta o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah, Mednarodnega pakta o državljanskih in političnih pravicah, Konvencijo o otrokovih pravicah, Deklaracijo o otrokovih pravicah, Evropsko socialno listino in Konvencijo o pravicah invalidov. (Rafaelič 2015)

Prav tako splošna deklaracija vsem ljudem, ne glede na njihove značilnosti, priznava vse človekove pravice. Splošna deklaracija človekovih pravic v 29. členu pravi, da ima vsakdo dolžnosti do skupnosti, v kateri je edino mogoč svoboden in popoln razvoj njegove osebnosti. (Rafaelič 2015)

Razlogi za deinstitutionalizacijo

Razlogi za deinstitutionalizacijo so etične, znanstvene in ekonomske narave (Flaker 1998).

Z etičnega vidika totalne ustanove niso primerne za dostojno življenje ljudi.

Lamovec (2008) ugotavlja, da človek s psihiatrično izkušnjo utrpí največji možen upad socialnega ugleda, saj ga ljudje ocenjujejo kot trajno nagnjenega k nadaljnjim krizam, mu pripisujejo trajno nezmožnost samonadzora in odsotnost odgovornosti. Krivijo ga tudi za nelagodje in tesnobo, ki jo ob njem doživljajo njegovi bližnji.

Uporabniška odvisnost od osebja, pretirana uporaba zdravil ter nestimulativno okolje pripelje do pomanjkanja osebnih ciljev ljudi ali celo do tega, da jih sploh nimajo (Flaker 1998).

Strokovni razlogi so onemogočanje celostne obravnave varovanja, pojav različnih simptomov, povečanje pojava stigme, razosebljenost in prekinitve stikov z normalnim okoljem, nezmožnost uresničevanja osebnih želja in potreb ter vedenje, prilagojeno instituciji (Kapelj in Smonker 2005: 14).

Ustanove kršijo številne človekove pravice, so škodljive za posameznika in so ekonomsko neučinkovite (Rafaelič, 2015). Deinstitutionalizacija je visoko etičen in moralen proces, ki zahteva spreminjanje odnosov moči med strokovnjaki in uporabniki.

Ne samo strokovno, tudi etično je nesprejemljivo, da bi ohranjali institucije kot način zagotavljanja oskrbe. Domače in tuje izkušnje kažejo na to, da je deinstitutionalizacijo možno izvesti ter tako zagotoviti ustreznejšo oskrbo v skupnosti. Deinstitutionalizacijo moramo utemeljiti v uspehih tujih in domačih izkušenj, se iz njih učiti in jo hitro ter učinkovito izpeljati v čim krajšem času. (Rafaelič 2015)

Totalne ustanove so se iz etičnega vidika pokazale kot neprimerne za dostojno življenje ljudi, saj grobo kršijo njihove pravice, so škodljive za posameznika in ekonomsko neučinkovite. Tudi deinstitutionalizacijo, podobno kot totalno ustanovo, lahko pojmujejo kot abstraktni stroj, le da je treba ta stroj vedno znova izumljati (Flaker 2015b). Tako je etično nesprejemljivo, da bi ohranjali institucije kot način zagotavljanja oskrbe. Vse stroke, ki se s tem ukvarjajo, še celo posamezni psihiatri, dokazujejo njihovo neustreznost, imperativ njihovega zapiranja pa narekujejo tudi mednarodni dokumenti o pravicah in dostojanstvu ljudi in do samostojnega življenja v skupnosti. Že na koncu 50. in začetku 60. let prejšnjega stoletja so totalne ustanove postale predmet znanstvenega proučevanja, tako v sociologijo kot socialni psihologiji in psihoanalizi. Čeprav Goffman ni nikoli govoril o deinstitutionalizaciji ali bi bil njen zagovornik, je z Azili (1961) formuliral pojem totalne ustanove, dokumentiral življenje znotraj nje in spisal vrsto drugih kritik totalne ustanove. Prav tako je v istem času nastala knjiga Foucaultove Zgodovine norosti v klasicizmu, ki je zares zgodovinska dekonstrukcija totalne ustanove (Foucault 1961). Prav tako je še

pred Goffmanom razvil Barton (1959) idejo o institucionalni nevrozi pri ljudeh, ki bivajo v ustanovi. Barton je definiral institucionalno nevrozo kot posebno vrsto bolezni, za katero je značilna apatičnost, pomanjkanje iniciative in izguba interesa, ki so posledica rigidnih in nehumanih razmer v psihiatričnih bolnišnicah. Tako so sociološke kritike pokazale na dejstva razmer v institucijah. Praksa premika ljudi iz teh ustanov v skupnost je pokazala številne prednosti v korist uporabnikov, saj se samo v skupnosti lahko človek polno osebnostno razvija, spoštuje njegovo dostojanstvo ter tako postane enakopraven član skupnosti. Institucije kot take so se pokazale še kot stroškovno neučinkovite, zlasti zato, ker zahtevajo velike investicije v infrastrukturo. Ljudem se ne zagotavlja okrevanja in vključevanja v družbo, temveč jih ohranjajo v odnosih odvisnosti zgolj iz denarnih izdatkov državne blagajne (Rafaelič 2015).

Temeljna načela deinstitutionalizacije

Evropske smernice za premik od institucij k skupnostim predlagajo, da ob zagonu deinstitutionalizacije zastavimo temeljna načela, ki naj bodo osnova tega procesa. Le-ta morajo temeljiti na mednarodno sprejetih dokumentih. V Sloveniji takega temeljnega dokumenta še nismo sprejeli, tako tudi še nimamo temeljne osnove načel deinstitutionalizacije, kar pa bo potrebno sprejeti v naslednjem razdobju (Rafaelič 2015)

Po Rafaeliči (2015) lahko govorimo o sedmih temeljnih načelih deinstitutionalizacije:

Pravica do samostojnega življenja v skupnosti pomeni, da imajo uporabniki dovolj podpore in dostopa do splošnih storitev, ki jim omogočajo, da živijo enakovredno in enakopravno življenje kot drugi ljudje.

Povezovanje in sodelovanje s skupnostjo pomeni, da je treba v proces deinstitutionalizacije vključiti tako okolico zavodov, kakor tudi skupnosti, kamor se bodo stanovalci preselili (Evropske smernice: 83).

Razumevanje stanovalcev kot polnopravnih državljanov pomeni, da morajo imeti kot vsi drugi ljudje zagotovljene vse državljanske pravice (Evropske smernice: 10).

Sodelovanje uporabnikov in njihovo vključevanje v proces pomeni, da mora deinstitutionalizacija uporabnikom zagotoviti vključevanje in moč odločanja na vseh ravneh procesa (Evropske smernice: 140–141).

Zagotavljanje varne zaposlitve obstoječemu kadru izhaja iz prepričanja, da bo ključna stvar za zaposlene spremeniti pogled na uporabnike, da jih ne bodo videli več kot predmet popravljanja, temveč kot sodelavce (Evropske smernice: 149–156).

Oskrba po osebni meri temelji na oceni, da bomo z oskrbo po meri človeka zagotavljali kakovostnejše in učinkovitejše storitve, ki bodo temeljile na željah, nujah, potrebah in ciljih (Evropske smernice: 83).

Brez prisile in zapiranja pomeni, da mora novi sistem dolgotrajne oskrbe ljudi, ki zdaj živijo v ustanovah, povsem odpraviti kakršne koli oblike zapiranja ali prisile (Evropske smernice: 78–79).

Vpliv in izbira pomeni, da morajo priti uporabniki do vpliva na vseh ravneh in njihov vpliv ne sme biti zgolj navidezen (Evropske smernice: 83).

Potrebno pomoč v skupnosti zagotavljajo nevladne organizacije s področja duševnega zdravja, centri za socialno delo ter zdravstvene službe na primarnem in sekundarnem nivoju. Na področju duševnega zdravja deluje v Sloveniji 44 stanovanjskih skupin s približno 200 uporabniki, 22

dnevnih centrov s približno 380 uporabniki, 14 svetovalnih in informativnih pisarn s približno 400 uporabniki, znotraj zavodov, centrov za socialno delo in drugih pa deluje okoli 20 skupin za samopomoč. (Rafaelič 2015)

Glavna značilnost temeljnih načel deinstitutionalizacije je zagotavljanje enakopravnega položaja vseh uporabnikov. Vsak človek posebej je pomemben! Proces deinstitutionalizacije lahko zagotovi dostojanstvo vsem uporabnikom, če temelji na preprečevanju nečloveškega ravnanja, zato se morajo razne oblike prisile ukinjati.

Temeljna načela deinstitutionalizacije postavljajo v ospredje uporabnika, kar pa posledično pomeni večje vlaganje v kadre in njihov razvoj. Proces sam predstavlja skupno prizadevanje tako uporabnikov, svojcev in strokovnjakov, saj je prehod v skupnost mogoč le na tak način (Rafaelič 2015).

Deinstitutionalizacija je evropski proces in je namenjena otrokom, ljudem z ovirami, ljudem z duševnimi stiskami ter starim. Kot pove že beseda sama, gre za zapiranje institucij. Njen vpliv obsega širšo družbo in posameznike, ki se bodo vanjo (ponovno) vključevale. Evropska unija je oblikovala smernice za prehajanje in institucionalnega varstva v oblike skupnostne skrbi. Tudi v Sloveniji ima prestrukturiranje institucionalnih oblik svojo osnovo. V njej je zapisan cilj, ki omenja spremembe razmerja med uporabniki skupnostnih oblik socialnega varstva in uporabniki institucionalnih oblik socialnega varstva. Med cilji so omenjeni tudi uvajanje novih oblik bivanja v skupnosti s poudarkom na posebnih skupinah (osebe z težavami v duševnem zdravju). Določen je tudi okvir za razvoj mreže izvajalcev in obsega javne službe na področju socialnovarstvenih storitev, vendar celotna resolucija ni napisana natančno ter tako nima jasno zastavljenih konkretnih načinov (širšega) premika. Dejstvo pa je, da ustanove kršijo številne človekove pravice, podpisane mednarodne dokumente, konvencije, deklaracije in navsezadnje evropske smernice za način preseljevanje ljudi v skupnostne oblike. (Rafaelič 2015)

Potrebe

Potrebe so večplasten pojem, ki ga različni avtorji razlagajo na različne načine. Pojem potreb se pojavi v sodobnem času v kontekstu razvoja, ki pa pomeni napredek in upanje na npr. boljše življenje. Po drugi svetovni vojni postane koncept potreb (zadovoljevanje potreb ljudi) eden od glavnih političnih ciljev (Rafaelič 2015).

Ekonomski vidik zadovoljevanja potreb temelji na ideji svobodnega trga, svobodne izbire ter svobodnega posameznika. V poštev ne pride nobena intervencija države na področje svobodnega trga. Svobodni trg po tem konceptu najpravičnejše in najučinkoviteje skrbi oz. razdeljuje vire za zadovoljevanje potreb. Ekonomske krize (zadnja traja že od leta 2008) pa so pokazale, da ekonomsko razumevanje potreb ni dovolj oz. da je celo napačno. Med drugim se je izkazalo, da revščina npr. ni težava posameznika, ampak posledica delovanja režima, ki posameznikom omogoča neupravičeno bogatenje (Rafaelič 2015).

Pri raziskovanju nezadovoljenih potreb ljudi z dolgotrajnimi stiskami je prišlo do spoznanja, da ima ta teorija določene pomanjkljivosti. Pri ljudeh z motnjami v duševnem razvoju ne moremo govoriti o hierarhičnem zadovoljevanju potreb, ampak za t. i. krožno nezmožnost zadovoljevanja potreb (Rafaelič 2015).

Marksistično usmerjeni avtorji razlagajo, da je kapitalizem človeku odtujil delo ter tudi ostale vire, ki bi jih ta lahko uporabil za zadovoljevanje svojih potreb. Marx (1887) definira zadovoljevanje potreb človeka in družbe s pomočjo štirih značilnosti človeka – delo, zavest, družbenost in zgodovinski razvoj (Rafaelič 2015).

Flaker in sodelavke (2008: 9–14) govorijo o treh diskurzih potreb: diskurz dela zmožnosti in dolžnosti, da vsak posameznik poskrbi za svoje preživetje ter določa kakovost življenja kot dosežek zadovoljitve socialne situacije v okviru socialnih zmožnosti posameznika. Tako Mendola in Pellegrini (1979 po Jenkins 2011) in Sen (1987 po Jenkins 2001) razumejo kakovost življenja kot posameznikov dosežek zadovoljitve socialne situacije v okviru njegovih fizičnih zmožnosti. Sen je razvil zamisel o temeljnih sposobnostih kot tistem, kar lahko kdo naredi, česar se lahko loti, kako lahko poskrbi zase in zasluži za življenje. (Flaker et al. 2008)

Drugi diskurz govori o potrošništvu posameznika, katerega določa kot potrošnika, ki kupuje storitve na prostem trgu. Omenjeni diskurz se je uveljavil v 50. in 60. letih prejšnjega stoletja s pojmom potrošniške družbe in s pojmovanjem pomoči v socialnem varstvu v storitvah, saj se je takrat znatno povečala potrošnja materialnih in kulturnih dobrin. Zgodil se je prehod iz stanja nezadostne in pomanjkljive produkcije v stanje obilja, iz stanja pomanjkanja v stanje posedovanja, od človeka skromnih potreb k človeku, katerega potrebe so številne in različne. Po vsej verjetnosti obstaja tudi s tem povezava glede uveljavljanja teorije potreb po Maslowu, ki postane eden najpomembnejših in najbolj razširjenih modelov razumevanja potreb in zadovoljstva prebivalstva (Flaker et al. 2008).

Tretji diskurz govori o kakovosti življenja in potrebah, ki so diskurz osebne izkušnje družbenega zatiranja in izključevanja. Oblikovala so ga uporabniška gibanja ljudi, ki prejemajo socialnovarstvene storitve za življenje v skupnosti. Povezuje se s socialno pravičnostjo, družbenim zatiranjem, prerazporejanjem družbene moči in dostopnostjo razpoložljivih virov v skupnosti. Socialna izključenost kot novejši koncept izhaja iz socialne politike (Flaker et al. 2008).

Dolgotrajna oskrba

Flaker in sodelavke (2008: 21) opredeljujejo dolgotrajno oskrbo kot »fenomen, ki prinaša veliko novost pri zagotavljanju socialne varnosti kot povsem drugačna paradigma sui generis, ki presega stare obrazce organiziranja oskrbe, načine pristopa človeški stiski, status uporabnikov in bistvo procesov pomoči. Dolgotrajna oskrba je prekinitev, paradigmatski prelom in preboj, ki ustvarja nove obrazce solidarnosti, pomoči in strokovnosti. Z vzpostavljanjem novih mehanizmov socialne varnosti in novih organizacijskih struktur ter novih načinov zagotavljanja storitev pomoči in podpore stojimo pred izzivom, kako na različnih ravneh vzpostaviti nove odgovore, ki bodo presegali stare delitve, paradokse in tudi krivice posameznikom in skupinam.«

Dolgotrajna oskrba, kot dejavnost sui generis, temelji na socialnem modelu (Oliver, 1996; Škerjanc, 2006), saj izhaja iz posameznika in njegovih potreb, ne pa iz njegovega statusa oz. diagnoze, ki je bila značilnost medicinskega, popravljalnega modela oskrbe (Flaker 2012). Uporabnik prejme toliko storitev in sredstev, kolikor jih potrebuje, ne glede status ki ga ima (Rafaelič 2015)

Pri tem konceptu gre tudi za spremembe odnosov med uporabniki, njihovimi pomočniki in strokovnjaki. Pomembna značilnost nove paradigme dolgotrajne oskrbe je tudi nov način financiranja, ki se tako seli iz institucij k uporabnikom (Rafaelič 2015).

Flaker in sodelavke (2008) so razvile indeks potreb in katalog odgovorov kot praktičen pristop opredeljevanja potreb uporabnikov. Istočasno je tudi orodje pri načrtovanju in izvajanju deinstitucionalizacije. Indeks potreb sestavlja osem glavnih kategorij. Navznoter so se kategorije skozi čas bistveno razširile in spremenile.

Prva kategorija namesto hospitalizacije in institucionalizacije so glavna vprašanja: Kakšne potrebe (ne) krije namestitve v zavod ali bolnico ter zakaj organizirati življenje izven ustanov? Druga kategorija je stanovanje in kako so situacije povezane z ljudmi s potrebami dolgotrajne oskrbe in njihovimi stanovanjskimi težavami. Dejstvo je, da stanovanjske težave še povečajo osebno stisko. Tretja kategorija govori o delu in denarju. Delo je potreba in sredstvo za zadovoljevanje potreb.

Kako je z neplačanimi deli in drugimi dejavnostmi? Četrta kategorija govori o vsakdanjem življenju in njegovimi vsakdanjimi rutinami, potekom dneva in njegovimi dejavnostmi. Kako je z gospodinjstvom, prostim časom in opravi. Peta kategorija govori o nelagodju v interakciji in njegovimi interakcijskimi prekrški – niz prekrškov, ki bi jim lahko rekli tudi vljudnostni (odmaknjen pogled, kršitev vljudnostne razdalje, pretirana neposrednost ali zadržanost itn.), ki jih dnevno vsi počnemo in hkrati tudi popravljamo (z opravičili, pojasnili ipd.). Šesta kategorija govori o stikih in družabnosti, saj drug brez drugega ne moremo obstati. Stiki nas zaznamujejo, govorijo o tem, kaj smo, kdo smo, omogočajo, da ustvarjamo svet okoli nas. Sedma kategorija govori o institucionalni karieri in dejavnikih, ki zaznamujejo posameznikovo institucionalno kariero. Govori o različnih ustanovah, organizacijah, službah in njihovem osebu in strokovnjakih. Zadnja, osma kategorija, govori o neumeščenosti in pripadnosti, kjer so si nasprotujoče težnje po osamosvojitvi in pripadnosti. Osamosvajanje poteka od družine, partnerja, od institucije, strokovnjakov. (Flaker et al. 2008)

Rafaelič (2015) ugotavlja, da se uporabniki dostikrat vrtijo v začaranem krogu potreb, saj če ne morejo zadovoljiti ene potrebe, to vpliva na možnost zadovoljevanja druge. Zato je potrebe potrebno razumeti v širšem smislu, saj so lahko zelo različne tako glede posameznika, kot skupnosti. Na različne potrebe prebivalstva pa se morata odzvati tudi socialna politika in solidarnost skupnosti. Možnost zadovoljevanja potreb pa je odvisna od družbene moči posameznika in dejstva, koliko je izključen iz odločanja o svojem življenju.

Na začetku uvoda sem govoril o krepitvi moči, ki sem jo kasneje povezal z deinstitutionalizacijo, katere proces vidimo v socialnem delu kot širši spekter krepitve moči uporabnikov, ki so zaprti v institucijah. Ugotovili smo, da so je bivanje v zavodu za njih škodljivo, neetično ter navsezadnje tudi nepravno. Znanstvene raziskave o nevzdržnih razmerah pišejo o tem že več kot 50 let nazaj, prvi premiki uspešne prakse v Italiji in Skandinavskih držav pa so pokazale uspešno prakso preseljevanja ljudi iz institucij v skupnost. Krepitev moči pomeni upoštevanje, spoštovanje in prilagajanje uporabnikovim potrebam, željam in navsezadnje pravicam pri procesu deinstitutionalizacije. Tovrsten način dela v stroki socialnega dela ni nov, zato je profesija socialnega dela tudi glavna pobudnica sprememb v socialnem varstvu. Krepitev moči pomeni omogočanje ljudem bivanje v skupnosti, ki je samo po sebi že opolnomočeno, seveda s prilagoditvami, ki jih v skupnosti zato potrebujejo. O tem veliko govorijo tudi evropske smernice, ki narekujejo, kako naj bi deinstitutionalizacija potekala ter kako pomembno je upoštevanje ter spoštovanje uporabnikovih potreb. Zato omenjam tudi indeks potreb, ki je razdeljen na osem kategorij. Prva govori o drugih nastanitvah kot institucionalizaciji ter možnostih hospitalizacije. Druga potreba govori o stanovanju, tretja o delu in denarju, četrta o ustvarjanju, ohranjanju in obnavljanju delovnih zmožnosti. Četrta o vsakdanjem življenju, peta o nelagodju v interakciji, šesta o stikih z uporabniki, sedma o institucionalni karieri in osma o neumeščenosti ter pripadnosti. Skupnost se mora prilagajati uporabnikom s posebnimi potrebami in ne obratno ali še huje, da bi bili uporabniki zato izobčeni, kot so sedaj. Vrnimo pravico in moč ljudem, ki si je zaradi svoje stiske niso sposobni pridobiti, jo zagovarjati ali si zanjo celo prizadevati.

Vloga duševnega bolnika in normalizacija

Deviantnost

Deviantnost lahko razumemo na več načinov. V vsakdanjem življenju deviantnost razumemo kot odmik od neke sprejete poti, kot tista dejanja, ki ne sledijo sprejetim normam in pričakovanjem družbe. Deviantnost je tako lahko nagrajena ali pa kaznovana, lahko pa je obravnavana tudi nevtravno, torej brez kazni ali nagrade. V praksi se po navadi preučuje deviantnost z negativnimi posledicami (Haralambos in Holborn 2005).

Po ameriškem sociologu Clinardu (1974) bi se naj pojem deviantnosti uporabljal za tiste situacije, kjer prihaja do vedenja, ki prestopi meje tolerance (kriminaliteta in delikvenca).

Deviantnost je relativen pojem, opredelimo pa jo lahko le v odnosu do posameznih standardov. Ker pa so ti različni tako v času in prostoru, se deviantnost kot taka v tem odnosu tudi: članov določene družbe in se navadno nanaša na delovanje, ki izzove obsodbo članov družbe (Haralambos in Holborn 2005).

Peter R. Day (1981: 14) navaja štiri koncepte deviantnosti, od katerih je po njegovem najpomembnejši koncept blaginje oz. blaginjski koncept, po katerem je deviantnost javen socialni problem, ki ga je potrebno korigirati ali pa potrebuje terapevtski pristop. Namen intervencije je spremeniti deviantna in njegovo vedenje, saj je to nekaj slabega – dolžnost javnosti pa je, da tako vedenje spremeni, normalizira. Za blaginjski koncept je torej značilno, da je deviantovo vedenje javen problem, zunaj okvirov normalnega; da je tako vedenje odraz deviantnega jaza, ki je drugačen od normalne osebe; da zagovarja in promovira koncepte in poglede, ki razlagajo in popravljajo te razlike.

Skratka, da je deviantovo vedenje javen problem, zunaj okvirov normalnega, da je tako vedenje odraz deviantnega jaza, ki je drugačen od normalne osebe, da zagovarja in promovira koncepte in poglede, ki razlagajo in popravljajo te razlike.

Funkcionalistični pogled izhaja iz družbe kot celote, izvor deviantnosti pa išče v naravi družbe in ne v biološki ali psihološki naravi posameznika. Deviantnost je grožnja redu in jo je razumeti kot grožnjo družbi. Za zaščito družbenega reda je potrebno deviantnost brzdati z mehanizmi družbenega nadzora. Emile Durkheim (2009) je trdil, da je kriminaliteta normalen pojav v vsaki družbi. Pri tem razvija, da je npr. zločin lahko tudi funkcionalen, škodljiv je lahko le takrat, ko je njegova stopnja zelo visoka ali nizka. Vse družbene spremembe se začno z neko obliko deviantnosti – da bi prišlo do spremembe, mora včerajšnje deviantnost postati današnja normalnost (Durkheim 2009). Strukturalne teorije deviantnosti pojasnjujejo izvor deviantnosti s položajem posameznikov ali skupin v družbeni strukturi, subkulturne teorije pa pojasnjujejo deviantnost s subkulturo družbene skupine. Strukturalne in subkulturne teorije so pogosto združene (delikventna subkultura).

Interakcionistični pogled: Ta pristop se osredotoča na interakcijo med deviantnimi osebami in tistimi, ki jih tako opredeljujejo. Gre za proučevanje vprašanja, kako in zakaj so posamezniki in skupine označeni kot deviantni. Gre pa še za proučevanje učinkov takih opredelitev na njihovo nadaljnje delovanje. Becker (1973), eden od zgodnjih predstavnikov interakcionističnega pristopa, pravi: da so družbene skupine, tiste ki ustvarjajo deviantnost s postavljanjem pravil, katere kršitev deviantnost tvori, z vzpostavitvijo pravil, katerih je postavila in se kaže v uporabi pravil na posameznih ljudeh ter z njihovim etiketiranjem kot t.i. "outsiderjev". Iz tega vidika deviantnost ni lastnost dejanja, ki ga oseba stori, temveč bolj posledica uporabe pravil in sankcij na prestopniku s strani ostalih. Deviantna oseba je nekdo, kateremu je bila etiketa uspešno prilepljena; deviantno vedenje pa je vedenje, ki ga ljudje tako etiketirajo.

Fenomenološki pogled: Fenomenologija proučuje pojav in poskuša razumeti, kaj je deviantnost, kako postanejo nekatera dejanja in posamezniki opredeljeni kot deviantne osebe. Ta pristop poudarja pomembnost načina izvajanja zakona, ukvarja se s procesom etiketiranja posameznikov kot deviantnih oseb in se osredotoča na raziskovanje subjektivnega stanja posameznikov in na strukturo družbe kot celote.

Tradicionalni marksistični pogledi na deviantnost: Nekateri sociologi (William Chambliss, Milton Mankoff et al.) so na podlagi marksističnih konceptov razvili podlago za razumevanje deviantnosti v kapitalističnih družbah. Po tem konceptu imajo moč tisti, ki posedujejo in nadzirajo proizvodna sredstva. Družbena nadstavba odraža odnos med vladajočimi in podrejenimi razredi. Država sprejema zakone, ki so v interesu vladajočega razreda in ki ohranjajo moč in nadzor nad podrejenim razredom.

Brandon (1994) pravi, da je socialna služba v preteklosti maksimizirala deviantnost in da je na žrtve uporabnike gledala kot na krivce za probleme in jih videla kot problem sam. Uporabnike se je segregiralo v izolirano okolje, se jim odrekalo osnovne državljanske pravice ipd.

Vse to nakazuje in pove, kako je deviantnost imela tudi negativen vpliv v samem socialnem delu, skozi katerega je potem tudi sama začela razbijati stereotipe deviantnosti in kako je to hkrati razvijalo tudi stroko socialnega dela samega.

Blumer (v Mali et al. 2011) govori, da je družba nenehen proces interakcije, kjer so vključeni akterji, ki se vedno znova prilagajajo drug drugemu in vedno znova interpretirajo situacijo. Pozornost je preusmeril od raziskovanja deviantnih oseb v raziskovanje odnosov med deviantnimi osebami in tistimi, ki te osebe opredeljujejo kot deviantne. Proučuje, zakaj in kako so posamezniki ali skupine označeni kot deviantni in kakšni so učinki etiketiranja na delovanje etiketiranih. Deviantnost je socialno konstruiran produkt. Lemert (v Mali et al., 2011) loči tako primarno kot sekundarno deviantnost. Primarno deviantnost sestavljajo deviantna dejanja, ki so javno etiketirana. Pomembni dejavniki pri določanju deviantnosti so odziv družbe ter javno označevanje drugačnosti. Sekundarna deviantnost je odziv posameznika/družbe na etiketiranje, kar pomeni, da lahko posameznik pričinja prevzemati deviantno vedenje, ki mu ga je javnost določila. O posledicah sekundarne deviantnosti je govoril že Goffman (v Mali et al., 2011), ko je definirал stigmo, za katero je menil, da so ključna razhajanja med pričakovanji posameznika, ki jih socialno okolje goji do posameznika, in lastnostmi, ki jih ta v resnici ima.

Povzetek

Peter R. Day navaja več konceptov deviantnosti, od katerega je zanj najpomembnejši blaginjski koncept, po katerem je deviantnost javen socialni problem, ki potrebuje terapevtski pristop. Poleg tega obstaja tudi pet pogledov na deviantnost. Prvi omenjeni je funkcionalistični, ki izhaja iz družbe kot celote, medtem ko izvor deviantnosti išče v naravi družbe in ne v biološki ali psihološki naravi posameznika. Drug pogled je Fenomenološki pogled, ki proučuje pojav in poskuša razumeti, kaj je deviantnost ter kako postanejo nekatera dejanja in posamezniki opredeljeni kot deviantne osebe. Tradicionalni marksistični pogledi na deviantnost so na podlagi marksističnih konceptov razvili podlago za razumevanje deviantnosti v kapitalističnih družbah, kar pomeni, da imajo po tem konceptu moč tisti, ki posedujejo proizvodna sredstva. Medtem pa Brandon govori o tem, da je socialna služba v preteklosti maksimizirala deviantnost in da je na žrtve uporabnikov gledala kot na krivce za probleme. Blumer je preusmeril pozornost od raziskovanja deviantnih oseb v raziskovanje odnosov med deviantnimi osebami in tistimi, ki te osebe opredeljujejo kot deviantne. Proučuje, zakaj in kako so posamezniki ali skupine označeni kot deviantni in kakšni so učinki etiketiranja na delovanje etiketiranih. Ugotavlja, da je deviantnost socialno konstruiran produkt.

Opredelevanje stigme

Beseda „stigma“ označuje značilnosti, ki človeka močno razvrednotijo. Pojem stigma uporabljamo za lastnost, ki je močno diskreditirajoča. Njen učinek je lahko zelo širok. Včasih se ji reče tudi hiba, pomanjkljivost ali prizadetost. Stigma je, torej v resnici, posebna vrsta razmerja, med lastnostjo in stereotipom Goffman (2008).

Goffman (2008) tudi trdi, da vse stigme niso razvidne navzven ali pa so čisto nevidne in zanje ve samo ta, ki jih poseduje. Ko pa postanejo vidne, opozarjajo okolico, da je takšnega posameznika treba iz družbe izločiti. Zaradi številnih koristi, ki izvirajo iz tega, da te štejejo za normalnega, tisti, ki imajo to možnost, stigmatizacijo kdaj zavestno zamolčijo.

Običajni odnos „normalnih“ ljudi do oseb s stigmatizacijo je, da takšne osebe niso pravi ljudje. Biti bolnik z duševno motnjo je, z izjemo AIDS-a, največja stigmatizacija, ki jo človek lahko ima. Raziskave so namreč pokazale, da bi ljudje večinoma raje imeli za sodelavca, soseda ali zakonskega partnerja pripadnika manjšine, alkoholika, kriminalca, celo morilca, kot pa bivšega uporabnika psihiatrije oz. osebe z duševno motnjo (Lamovec, 1995: 6).

Tisti, ki se rodijo s stigmatizacijo, se morajo najprej naučiti, kako ostali ljudje gledajo nanje. Oseba z duševno motnjo postane stigmatizirana kasneje v življenju, zato že ve, da je z zornega kota „normalnih“ razvrednotena. Zato je potrebno, da se nauči, kako se odzivati na vedenje ljudi v očeh katerih je razvrednotena. Ena od strategij, da se znebi stigme in velja za „normalnega“ je, da se preseli daleč stran in zabriše za sabo vse sledi. Druga strategija je v tem, da prikazuje znake svoje stigme kot da pripada neki drugi, manj zaznamovani skupini. Nadaljnja strategija je, da razdeli svoj svet na dva dela: na manjšo skupino, ki ji pove vse, in na večjo, ki ji ne pove ničesar. V stiku z „normalnimi“ ima zaznamovana oseba dve možnosti. Prva je, da so ti seznanjeni s stigmatizacijo in pričakujejo, da bo stigmatizirana oseba poskrbela za zmanjšanje napetosti v medsebojnih stikih. To naj bi storila z veselim in živahnim vedenjem, kot tudi s sprejemanjem igre, da je med enakimi. Istočasno se mora zavedati, kje so meje in se jih držati na način, ki ne izdaja, da ni zares enaka (Lamovec, 1995: 37).

Po Goffmanu pa stigmatizacija označuje takšno posameznikovo lastnost, ki ga loči od večine v skupnosti tako, da ima večina in tudi on sam to lastnost za odklonilno, deviantno (Goffman v Ule, 2000: 186). Goffmanov koncept stigmatizacije izhaja iz izvirne teze, da je stigmatizacija identiteta in zajema tri kategorije: socialno, osebno in jaz identiteto, ki jih posameznik med seboj uravnava (Ule, 2000: 181).

Pri Goffmanovem opisu stigme je najbolj bridka domneva, da je vse človeške razlike mogoče potencialno stigmatizirati. Ko gremo iz enega socialnega konteksta, kjer je razlika zaželena, v drugega, kjer je nezaželena, začnemo čutiti posledice stigme. Ta konceptualizacija stigme pravi tudi, da tisti, ki imajo moč, dominantna skupina, lahko določijo, katere človeške razlike so zaželene oziroma nezaželene. Stigme delno odražajo vrednostno sodbo dominantne skupine. Neskončna raznolikost človeških značilnosti daje slutiti, da je to, kar je nezaželeno oziroma stigmatizirano, močno odvisno od socialnega konteksta in da je do določene mere določeno arbitrarno (Coleman, 1999: 199).

Mobilnost navzdol je pogosta posledica stigme. Stigma potisne posameznika v položaj nedoraslega subjekta, ki mu nekaj manjka do priznanja normalne človeškosti. Stigma pri takšnem posamezniku zavzame centralni položaj, kar pomeni, da so vse ostale lastnosti takšnega posameznika nepomembne. Strategije, ki jih razvije stigmatizirani, da bi pred napadi obranil svojo identiteto, so prikrivanje stigme, sprejem stigme oziroma „negativne samopodobe“ ter refleksija stigme (Goffman v Ule, 2000: 186–187).

Stigmatizacija je širok koncept, ki združuje komponente označevanja, stereotipizacije, kognitivnega ločevanja, čustvenih odzivov in diskriminacije. Ima torej kognitivno, čustveno in socialno komponento, ki se končno izrazijo tako, da ljudje izgubijo status (Švab 2009: 9).

Po Goffmanu (2008) razlikujemo tri vrste stigme, in sicer:

- telesno odbojnost oziroma fizično iznakaženost;
- značajske lastnosti, ki jih pripisujemo neodločnosti, nebrzdanim in nevarnim strastem, nevarnim prepričanjem ter nepoštenosti. O vsem tem sklepamo na podlagi znanih dejstev (npr. o duševnih boleznih, razvadah, alkoholizmu ipd.);
- skupinske stigme rase, narodnosti in veroizpovedi, ki se prenašajo iz roda v rod in v enaki meri prizadenejo vse člane družine.

Med naštetimi stigmami najdemo enake značilnosti: "posameznik, ki bi bil sprejet v običajnih socialnih odnosih, ima lastnost, ki priteguje pozornost in odvrča od sebe vse, ki jih sreča, pri tem pa uničuje vtis, ki ga imajo na nas njegove druge lastnosti. Tak posameznik je nosilec stigme, nezaželene drugačnosti, ki neprijetno odstopa od naših pričakovanj" (Goffman 2008: 14).

Duševno zdravje

Duševno zdravje pomeni zadovoljstvo tako s samim sabo kot z drugimi. Pomeni veselje, svobodo, srečo. Duševno zdravje se oblikuje v okviru družine, v šolah, službi. Je posledica tega, kako nas drugi obravnavajo in kako mi obravnavamo druge in sami sebe (Jeriček Klanšček et al. 2009).

Duševno zdravje je pozitiven koncept in pomeni uživanje življenja. Obravnavamo ga kot vir blaginje, kot zmožnost obvladovanja problemskih situacij. Zanj so značilni dobri medsebojni odnosi, sposobnost medosebnega komuniciranja ob prisotnosti čustvenih opor in optimizma (Kamin et al., 2009).

Osnova duševnega zdravja je prav tako odpiranje svojih čustvenih, kreativnih in globinskih kanalov, ki jih skozi socializacijo človek pogosto zatre. Tako družbene norme in pravila obnašanja ne sodijo v morebitno živost človeka, če nimajo za to posebej določenega razloga (npr. odziv ljudi ob zmagah športne reprezentance ali ogled živosti na določenih gledaliških predstavah, ki sodijo v za to posebne okvire družbe, ali globlje dojemanje sveta ob pogrebi).

Svetovna zdravstvena organizacija je duševno zdravje opredelila kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost.«

To pomeni, da je doseči stanje dobrega počutja vir duševnega zdravja in tako osnova vsega. Najprej moramo poskrbeti za svoje duševno zdravje, če želimo uspešno delovati v svojem družinskem, delovnem, socialnem okolju, ki nas obdaja. To pogosto pomeni tudi umik v samoto in da si vzamemo kakovosten čas zase. V sodobni družbi nas teh stvari niso naučili.

Tanja Lamovec dodaja, da v skoraj 100 letih znanstvenikom ni uspelo najti biološke podlage, ki bi dokazovala, da so krize zares rezultat bolezni, krizo samo pa ni ustrezno imenovati bolezen. Duševna bolezen je v spoznavnoterapevtskem smislu trenutno le domneva. Ne moremo je dokazati, niti je ne moremo ovreči. Tako domneva o bolezni škodi osebam, ki so tako označene. Vodi v doživljenjsko stigo, ki deluje kot samouresničujoča se prerokba. Tudi v skladu z logiko se zdi ustrežnejše, da ne govorimo o tem, česar ne vemo. Sedanje klasifikacije o "duševnih boleznih" so sestavljene na podlagi nebistvenih, zunanjih znamenj, zato ustvarjajo nepopisno zmedo. Poleg tega dodaja, da je jezik psihiatričnih opisov poniževalen in v človeškem smislu razvrednoti in razosebi uporabnike in tako pojem "duševne bolezni" postaja nepotreben oz. škodljiv za dosego ciljev, za katere naj bi si prizadeval (Lamovec 1998).

Socialno delo je bilo vrh tega bolj zavezano deinstitutionalizaciji kot drugi poklici v zdravstvu in sociali ter je imelo vodilno vlogo v njenem izvajanju pri delu s telesno hendikepiranimi, še zlasti z otroki, ne pa toliko pri delu z duševno hendikepiranimi. Zadržanost pred podobnim načinom dela z bolniki, ki se zdravijo zaradi motenj v duševnem zdravju, je mogoče odsev strahu pred tveganjem,

ki ga vsebuje tako delo, in pred stigmo, ki jo še vedno nosijo duševne bolezni in njihovi nosilci. (Ramon 2003)

V Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr, 2. člen) je duševno zdravje opredeljeno kot »stanje posameznika oz. posameznice, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja« (MDDSZ 2008).

Pri opredelitvah duševnega zdravja gre torej za odnos posameznika do samega sebe, za odnos z drugimi in sposobnost za družbeno delovanje ter za sposobnost obvladovanja življenja (Lapajne 2011).

Šestdeseta leta so prinesla ključno prelomnico v prid zatiranim, marginaliziranim in diskriminiranim skupinam. Začeli so se vrstiti številni upori teh skupin, ki so doprinesli spremenjeno stanje zavesti ljudi o problematiki in nove zamisli o tem, kako pomagati osebam v duševni stiski, da zaživijo človeka vredno življenje. Ustvarjena je bila nova paradigma, ki ima v ospredju človeka s svojimi biološkimi, psihosocialnimi in duhovnimi potrebami (Lamovec v Bračko 2006: 5–8).

Duševnemu zdravju dajemo premalo poudarka, saj je zdravje posameznikov odvisno od zdravja naroda. S tem ko so posamezniki duševno zdravi, prenašajo tudi pozitiven zgled na vse ostale, s katerimi imajo opravka. Duševno zdravje je vir, s katerim se spremembe v družbi pričenejo. Duševno zdravje se odraža v prijaznosti do vseh, s katerimi ima oseba opravka in ima pozitiven učinek tudi na druge. Duševno zdravje je kot virus, ki se prenaša tudi na ostale, le da je pozitiven.

Pojem duševne bolezni

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje duševno zdravje kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spopada s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v skupnost.

Če pa se oseba s specifično ranljivostjo znajde v močni ali dolgotrajni situaciji, ki je zanjo stresna, pa se poveča verjetnost, da nastopi duševna stiska. S tem pa se tudi poveča možnost nastanka iz nje izvirajočih motenj (Lamovec 1998).

V okviru psihosocialnega prijema o duševni bolezni ne govorimo, za kar obstaja več razlogov. Prvi razlog je ta, da v skoraj 100 letih znanstvenikom ni uspelo najti biološke podlage, ki bi dokazovala, da so krize zares rezultat bolezni, krizo samo pa je neustrezno imenovati bolezen. Drugi razlog je ta, da je „duševna bolezen“ v spoznavno teoretskem smislu trenutno le domneva in domneva o bolezni škodi osebam, ki so tako označene in jih tako vodi v življenjsko stigmatizacijo. Izraz „kriza“ je primernejši zato, ker pomeni začasno nezmožnost posameznika, da bi opravljal svoje naloge in skrbel zase. Na podlagi sedanje klasifikacije „duševnih bolezni“, ki so sestavljene iz nebistvenih, zunanjih znamenj, ne moremo predvideti niti poteka niti izida krize in so za vse praktične namene neuporabne, koristne so le za ožigosanje njihovih nosilcev. Psihosocialni prijem ne uporablja medicinskih diagnoz, temveč kontekstualizirane opise problemov in stisk. Jezik psihiatričnih opisov je poniževalen in v človeškem smislu razvrednoti ter razosebi uporabnike, posameznik ni več obravnavan kot človek z določenimi težavami, temveč le še kot privesek svoje diagnoze (Lamovec, 1998: 15–16).

Psihosocialni prijem ne uporablja medicinskih diagnoz, temveč kontekstualizirane opise problemov in stisk. Pojem „duševne bolezni“ je v okviru psihosocialnega prijema nepotreben in škodljiv za dosego ciljev, za katere si prizadeva (Lamovec 1998: 16).

Kadar je okolje zelo netolerantno do posameznikov, lahko oseba, ki se vede na določen način, zelo hitro pridobi oznako „duševnega bolnika“. Pri tem je še pomemben tudi odziv drugih ljudi na posameznikovo določeno vedenje (Lamovec 1998).

Ljudje, ki so preživeli psihiatrično izkušnjo, definirajo duševnega bolnika kot tistega, ki je stigmatiziran, patroniziran, psihiatriziran. Takšne osebe zaznajo izgubo nadzora, ker jih opazujejo vsi – psihiater, prijatelji, družina. Živijo s stalno grožnjo, da jih zaprejo – kadar koli, zaradi skoraj katerega koli razloga. Morajo jemati zdravila, ki jih poneumljajo, mrtvičijo njihove čute, povzročajo opotekanje in grimase, posledično pa morajo jemati še več zdravil za zmanjšanje stranskih učinkov. Nosijo oznako, ki se je nikoli ne morejo znebiti in ki pove malo tem, kaj in kdo je ta oseba. Morajo se delati vesele, kadar so žalostni, in mirne, kadar so besni (Lamovec 1999: 103).

Družbena teorija onesposabljanja (Social theory of Disablement) (Oliver idr., 1993) se je izoblikovala kot eden izmed rezultatov uporabniških gibanj hendikepiranih ljudi. Gre za teorijo, po kateri se pozornost od stanja telesa preusmeri v pozornost v delovanje družbe in po kateri so razlogi za ovire, ki takim ljudem preprečujejo polno življenje, v skupnosti in v načinu, kako je organizirana sodobna zahodna družba. V njej namreč naj ne bi bilo prostora za tiste, ki po svojih značilnostih tako ali drugače odstopajo od drugih.

Zakon o duševnem zdravju (v nadaljevanju ZDZdr) duševno zdravje opredeljuje kot stanje posameznika, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja. Za razliko od tega definira duševno motnjo kot trajno ali začasno motnjo v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Poudari, da se neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe sama po sebi ne šteje za duševno motnjo. Opredeli še osebo, ki je posameznik z duševno motnjo, ki se zdravi oziroma obravnava v mreži izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje, in osebo s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo. Gre za posameznika, ki je zaradi dolgotrajne duševne motnje manj zmožen dejavnega vključevanja v svoje okolje.

Vloga duševnega bolnika

Normalizacija

V zadnjih tridesetih letih se je s procesom demokratizacije normalizacije razvijalo tudi spoznanje, ozaveščanje ter razumevanje za položaj ljudi s posebnimi potrebami. Implementacijo oziroma vnašanje splošno veljavnih vrednot družbe in kulture na področje življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju oz. posebnimi potrebami, med katere spadajo tudi ljudje s težavami v duševnem zdravju, imenujemo normalizacija.

Pojem normalizacija se je po Wolfensbergerju v angleški literaturi pojavil prvič leta 1969. Pred tem (leta 1959) je bila normalizacija zapisana v dansko zakonodajo kot vodilno načelo v skrbi za ljudi s težavami v duševnem zdravju kot težnja, da se “duševno prizadetim omogoči eksistenca, ki naj bo čim bolj podobna normalni” (Dekleva 1993: 76).

Po Nirjevi (1980) definiciji je normalizacija sklop postopkov in aktivnosti za to, da ljudem s težavami v duševnem zdravju naredimo dostopne tiste vzorce in pogoje vsakdanjega življenja, ki so čim bolj podobni normam običajnega življenja. Glavni poudarek pri tem je omogočiti ljudem s težavami v duševnem zdravju sodelovanje v normalnih pogojih oz. jim omogočiti samostojnost.

Bistvo normalizacije je normalizirati pogoje življenja prizadetih. Pomeni narediti vse za osebe z težavami v duševnem življenju, da bi njihovo življenje postalo vsakdanje, normalno ter zadovoljno, izhajajoč iz dejanskih potreb teh oseb.

Normalizacija pomeni narediti vse za osebo z motnjo v duševnem razvoju, da bi njeno življenje postalo normalno, vsakdanje ter predvsem zadovoljno, izhajajoč iz dejanskih potreb te osebe. Gre za ustvarjanje čim višje kakovosti življenja oseb z težavami v duševnem zdravju, kar pa pomeni tudi razvijanje partnerskega odnosa med osebami z težavami v duševnem zdravju in ljudmi, ki z njimi delajo.

Normalizacija, kot tudi deinstitutionalizacija, izhaja zaradi slabega vpliva totalnih ustanov. Prve, ki so normalizacijo uvedle so bile skandinavske države (Nirje, Bank-Mikkelsen po Flaker, 1995). Na takšen način so ljudi, ki so živeli v institucijah, ponovno vključili v skupnost. Nirje je razširil naslednji koncept: »Pri principu normalizacije je pomembno ustvariti ustrezne pogoje za to, da prizadeta oseba občuti normalno spoštovanje, ki pripada vsakemu človeškemu bitju. Tako je treba v vsem, kar zadeva prizadeto osebo, kolikor je le mogoče upoštevati njeno izbiro, njene želje, zahteve in težnje.« Danes se normalizacija najbolj povezuje z imenom Wolfa Wolfensbergerja (1985). V ZDA je Wolf Wolfensberger leta 1972 to definicijo znatno preoblikoval: »Z uporabo sredstev, ki so kulturno kolikor mogoče normativne, vzpostaviti in/ali ohraniti vedenje in karakteristike, ki so kulturno kolikor mogoče normativne« (Brandon 1993).

Če bomo sposobni upoštevati načela normalizacije, lahko normalizacija postane ogromna osvobajalna sila, ki bo ponovno vključevala ljudi z težavami v duševnem zdravju v družbo, z zgolj nekaj slabimi stranskimi posledicami. Pomagala bo lahko graditi skupnost, ki bo bolj permissivne narave in z manj predsodki, skupnost, kjer bodo vsi spoštovani in ki bo do vseh enakopravna, ne glede na spol, raso, vero ter različne nezmožnosti. Je pa seveda pot do uresničevanja zelo dolga, a mogoča (Brandon 1993).

Tako osebam z ovirami zagotovimo kar najbolj vsakdanjo življenjsko situacijo in vstop v cenjene vloge, da bodo lahko izstopili iz vloge stigmatiziranih.

Pet principov normalizacije po D. Brandonu (1992)

1. Razvijanje udeležbe (participacije) ali načelo socialne participacije

Gre za vprašanje, ali ljudje lahko in v kolikšni meri vplivajo (skupaj z ostalimi) na naravo služb, ki jih uporabljajo. Pri tem udeležba pomeni, da je uporabnik na eni strani vključen pri vodenju in načrtovanju organizacije in torej vpliva na naravo službe, ki jo uporablja. Sodelovanje uporabnikov mora biti praktično.

Potrebno je poudariti, da se mora udeležba uporabnikov širiti tudi izven meja organizacije v lokalno skupnost. Družba mora sprejeti, prepoznati prispevek ljudi z motnjami v duševnem razvoju kot enakovreden ostalim.

Uporabniki morajo imeti tudi možnost samozagovorništva (Brandon in Brandon 1992: 14).

2. Večanje izbire ali načelo resnične izbire

Pri tem gre za vprašanje, ali imajo ljudje pomemben nadzor nad svojim življenjem ter možnost izbire v vseh plasteh svojega življenja. S tem ko uporabniku damo možnost izbire, razvija občutek za obvladovanje svojega življenja, pri tem pa se veča njegovo samospoštovanje v primerih uspešnih izbir. Ponuditi mu moramo izkušnje in informacije, pri tem pa je potrebno opredeliti posledice dane izbire.

Pri teh prizadevanjih mora biti pritisk ustanove čim manjši. Uporabnik mora imeti svoje življenje čim bolj pod svojim nadzorom. Da pa bo uspešen pri izbiri, potrebuje osebno moč, znanje in informacije ter podporo ustanove (Brandon in Brandon 1992: 14).

3. Poglobljanje odnosov ali načelo dobrih medosebnih odnosov

Pri tem načelu gre za vprašanje, ali lahko ljudje razvijajo tople, prijateljske odnose z drugimi. Pri poglobljanju odnosov gre za njihovo kakovost. Ljudje z motnjo v duševnem razvoju imajo v glavnem le odnose s sorodniki ter njihovimi terapevti. Za uporabnike je pomembno, da razvijejo odnose tako med sabo kot z osebjem, med sosedi, zunanjimi sodelavci ... Pri tem je pomembno upoštevanje uporabnikov kot ljudi, ki imajo tudi sposobnosti, s katerimi lahko prispevajo k delovanju službe (Brandon in Brandon 1992: 15).

4. Individualizacija razvoja ali načelo osebnega razvoja

Gre za vprašanje, ali se ljudi dojema kot spoštovane posameznike z možnostjo osebne rasti. Vsakemu varovancu je potrebno zagotoviti njegov osebni razvoj. Delo v ustanovi je potrebno voditi tako, da zadovolji potrebe posameznikov. Vsak posameznik mora imeti možnost za osebno izražanje in za individualno svetovanje.

5. Stopnjevanje druženja ali načelo resničnega povezovanja

Gre za vprašanje, ali se uporabniki družijo z ljudmi, ki niso plačani, da bi bili z njimi, in ali okolje in namestitvev spodbujata integracijo.

Uporabniki morajo širiti svoj krog poznanstev. Uporabljati morajo skupnostne prostore tudi na nivoju lokalne skupnosti, ki so namenjeni vsem prebivalcem, npr. knjižnice, športni objekti, javni prevoz ... Tako druženje je pomembno za obe strani, saj ljudje praviloma nimajo možnosti spoznati ljudi s posebnimi potrebami in imajo na ta način priložnost odkrivati njihovo življenje. »Tisti med nami, ki nimajo takih motenj, živijo ravno tako izolirano, ker nimajo možnosti, da bi se družili z vsemi deli populacije« (Brandon in Brandon 1992: 16).

»Teh pet načel temelji na globokem prepričanju, da bi morali službe načrtovati tako, kot da jih načrtujemo zase« (Brandon 1988: 5).

Ko smo bili v Srbiji, po zavodih v vasi Tešicah in mestecu Novi Bečej, smo se študentje ravnali po načelih normalizacije. Med nami ni bilo nobenih ovir, sprejemali smo vsi drug drugega, takšne kakršni smo. Vsem študentom je bilo druženje nekaj nepozabnega ter socialno bogatega. Na uporabnike smo gledali ne samo kot na navadne ljudi, ampak kot izvrstne ljudi, saj niso skrivali svojih posebnosti in smo se lahko ob tem veliko in iskreno nasmejali, poveselili, zapeli in zaplesali. Povezovali so nas energije ljubezni in želeli smo si še obiskati zavode. Uporabniki so sprejeli nas in mi njih in normalizacija se je tako zgodila sama od sebe. Tako smo uporabili 5. načelo normalizacije resničnega povezovanja.

Srbija je država, v kateri aktivno poteka proces deinstitutionalizacije. Kot študentje na praksi v institucijah po Srbiji (Čurug, Tešice, Novi Bečej) smo imeli neposredno izkušnjo z zavodom in njihovimi stanovalci. Videli smo, da zavod res deluje kot totalna ustanova, v kateri se značilnosti kažejo v izrazito neenakopravnem odnosu med zaposlenimi in uporabniki. Tako vzdušje ni podobno domu in ne more biti pravi dom. Iz filozofije socialnega dela bi lahko sklepali, da bi bilo socialno, da bi uporabniki imeli svoj dom ter da bi njihovo bivanje v skupnosti bilo prilagojeno ljudem. Zanimalo me je, kako bi lahko slišali glas uporabnikov, saj sem mnenja, da je to prvi korak v procesu pridobivanja moči, tj. slišati samega sebe. Zato me je zanimalo, kako oni vidijo rešitve in kako oni vidijo svoje življenje v zavodu skupaj s stvarmi, ki jih težijo zaradi institucije same in bivanja v njej. V ta namen smo organizirali skupščine, da so uporabniki bili slišani ter tako uporabili 4. načelo normalizacije – možnosti osebnega izražanja.

Skupščine so v ustanovi, ki je v procesu deinstitutionalizacije, eden izmed načinov, kako lahko

vsaj delno poskušamo demokratizirati odnose znotraj ustanove in tako pridobiti priložnost za okrepitev moči stanovalcev. Skupščina je nekaj, kar bi omogočilo posamezniku delovanje skozi kolektiv.

V skupščinah, se imajo možnost ljudje znova povezati, v kolikor je tudi voditelj sam pozitivno naravnani. Voditelj mora imeti jasnega pogled. Verjame, v zmožnost jasnega videnja. To želi izkusiti v skupini. Beseda skupščina pomeni, da se ljudje "skupijo" oz da so skupaj. Že to, da ljudje so skupaj in da so skupaj v pravem pomenu besede, pomeni možnost za sodelovanje oz. za skupno akcijo. Skupščine so vir krepitve moči že same po sebi, saj se ljudje združijo glede perečih tem ter ima tako skupščina namen združevanja. Združevanje vedno pomeni vzeti si čas, da lahko skupaj stvari jasno, poglobljeno, umirjeno premislamo. Namen skupščine je, da bi jo vodila ljubezen. To je njihov splošni namen. Ker je ljubezen rešitev, v odnosu z umom, pa bo vedno prinesla rešitve. Zato so na skupščinah primerne tudi meditacije, da človek umiri svoj um ter se vrne k svojemu naravnemu stanju. Skupščina je proces harmonizacije, zato je naravnost voditelja izredno pomembna. Za stvari, kot so petje in ples, je dodala že Lamovčeva, da so to šamanski pristopi zdravljenja, ki prečiščujejo um. Zato pa je pomembna namembnost ter osredotočen pogled nase, na podlagi česar bodo sledila vprašanja, z njimi pa tudi odgovori. Prednost in namen skupščin je torej v tem, da se posameznikova zavest razširi na skupno zavest, ki lahko za trenutek ponuja širše vpogled v dejansko stanje. Ugotoviti dejansko stanje in nadaljevati s predlogi za rešitve.

Vloga uporabniških gibanj

Poslanstvo uporabniških gibanj

Prva uporabniška gibanja so bila povezana z ljudmi s telesnimi ovirami, pa tudi z občutki degradacije, z različnimi čustvi, kot so npr. bes, jeza, nemoč. Za uporabnike skupinska podpora predstavlja občutek svobode in organiziranosti. Namen uporabniških gibanj je v tem, da so ljudje z težavami v duševnem zdravju udeleženi v predvrednotenju družbenih vlog in se na takšen način oddaljujejo od vloge bolnika, ki je uporabniku škodljiva že sama po sebi. Oblikovanje uporabniške skupine povečuje moč uporabnika in bi morala biti glavna prioriteta vsakega programa skupnostnih služb. Pri tem je uporabniška organizacija samostojna enota in ne sme biti del skupnostne službe (Mosher 1989).

Uporabniške pobude in organizacije v Sloveniji so razvile in oblikovale nekatera načela in vrednote, ki so danes steber teorije in prakse socialnega dela, pa tudi socialnega varstva v Sloveniji (Škerjanc 2010)

V prvi vrsti so to načela, da je najboljši možen način delovanja, takšno delovanje, katerega peljejo uporabniki sami, ne pa da drugi vodijo njih. Drugi jih pri tem le podpirajo in so prisotni le do takrat, dokler jih rabijo.

Prva skupna uporabniška združenja so bila ustanovljena na Norveškem in Švedskem leta 1960 (Rose in Lucas, 2007: 339). Pozneje so se razvila v ZDA, v Angliji in Nizozemskem v 70. letih, v Sloveniji pa šele v 80. letih prejšnjega stoletja. Odmevnejše in znano uporabniško gibanje je bilo ustanovljeno leta 1969 z imenom Ljudje potrebujejo ljudi – Ljudje, ne psihiatrija (People need People – People not Psychiatry), iz tega gibanja se je leto kasneje razvilo Nacionalno združenje za shizofrenijo (The National Schizophrenia Society). Leta 1971 je za njem prišlo nacionalno združenje za duševno zdravje NAMH (National Association for Mental Health). Še leto kasneje pa je bil ustanovljen Sindikat psihiatričnih bolnikov (Mental Patients' Union). Njegov namen je bil upreti se represivni praksi psihiatrije in zavarovati pravice uporabnikov socialnovarstvenih storitev. Leta 1976 so ustanovili organizacijo Zaščita pravic duševnih bolnikovih v zdravljenju PROMPT (Protection of the Rights of Mental Patients in Therapy). V istem letu je združenje za pravice ljudi s težavami v duševnem zdravju MIND pripravilo kampanjo Domov iz bolnišnic (home from Hospitals), ki je opozarjala na stanovanjsko problematiko ljudi s težavami v duševnem zdravju. Opozarjali so, da je stanovanjski problem večji od duševne bolezni. (Videmšek 2011)

Uporabniška gibanja so se razvila iz nekaj dejavnih posameznikov v številne in močne skupine ljudi, ki se med seboj povezujejo tako na nacionalni kot tudi na mednarodni ravni. Prve dokumentirane proteste proti nenehnemu ravnanju z ljudmi s težavami v duševnem zdravju poznamo že iz leta 1620, ko je nastala peticija „The Petition of Poor Distracted People in the House of Bedham“ (Švab1995: 5).

Kolektivne akcije in večje število uporabniških gibanj so namreč značilnost gibanj šele konec 60. let 20. stoletja, v času oblikovanja skupnostno usmerjenih modelov podpore. Razvoj uporabniških gibanj na področju duševnega zdravja je povezan z alternativami psihiatriji, znanimi tudi kot antipsihiatrično gibanje, katerega vodilni predstavniki so bili Ronald David Laing (1969), Thomas Szasz (1972) in David Cooper (1967). Ti so podvomili o obstoju duševne bolezni, menili so, da ne obstaja, temveč je mit, ki opravičuje družbene disfunkcije in najde krivca zanje v “bolnikih”.

Večanje vpliva uporabnikov skozi uporabniška gibanja in njihove socialne vključenosti poteka na več dimenzijah (Trbanc, 1996; Leskošek, 2010): Tu ga bomo prikazali na mikroravni, dimenziji, kjer je aktivna stroka socialnega dela. Socialna vključenost na tej ravni predstavlja, da imajo uporabniki možnost vključevanja v procese, ki se tičejo njihove življenjske situacije. Takšen vpliv

uporabnikov, kot ga ljudje definirajo z lastno izkušnjo duševnih problemov, je, da so zmožni kreirati svoje življenje in da imajo tudi možnost svojo zgodbo deliti in z njo sooblikovati rešitve ter da so tako glavni pri ustvarjanju svojega življenja (Chamberlin 1977; Beresford in Croft 1993, Lamovec 1995).

V uporabniških gibanjih so ljudje s težavami z duševnim zdravjem in njihovi svojci začeli opozarjati, da so njihovi največji problemi izključenost, izolacija in pretirana uporaba zdravil. Poglavitni cilji uporabniških gibanj tistega časa v 60. letih prejšnjega stoletja so bili osvoboditev uporabnikov iz totalnih ustanov in sprememba zakonodaje o prisilnih ukrepih in zdravljenju, spoštovanje njihovih pravic in zagotovitev enake kakovosti življenja, kot jo imajo drugi državljani (Chamberlin 1977; Beresford in Croft, 1993; Lamovec 1995).

Zametki uporabniških gibanj v Sloveniji segajo v osemdeseta leta prejšnjega stoletja. Uporabniki so v sodelovanju z radikalnimi strokovnjaki, ki so bili glede na nevzdržne razmere v zavodu za živčno bolne v Hrastovcu potrebni, leta 1988 ustanovili Odbor za zaščito norosti. Uporabniško gibanje se je začelo na pobudo akademikov in strokovnih delavcev. Podobno velja za Anglijo, kjer so se uporabniška gibanja začela na pobudo strokovnih delavcev in ne toliko na pobudo ljudi s težavami v duševnem zdravju. Ustanavljanje novih uporabniških združenj se je v 90. letih prejšnjega stoletja okrepilo v sodelovanju z angleško organizacijo Hamlet Trust, ki je finančno in idejno pripomogla k razvoju alternativnih oblik združevanja uporabnikov. Po ustanovitvi odbora so bila na začetku 90. let ustanovljena še druga društva na področju duševnega zdravja. Leta 1993 se je Odbor za zaščito norosti preimenoval v društvo Altra, leto pozneje (1994) so nekateri nekdanji člani odbora ustanovili Slovensko združenje za duševno zdravje Šent, leta 1995 se je ustanovilo še društvo Ozara Slovenije, nacionalno združenje za kakovost življenja, ki je nevladna organizacija (Videmšek, 2008)

V posameznih društvih so bili uporabniki bolj polnopravni in aktivni, v drugih manj. S pomočjo Hamlet Trusta so se začeli slovenski uporabniki povezovati. Leta 1996 je bilo ustanovljeno uporabniško društvo Paradoks, kjer je bila predsednica Tanja Lamovec. Istega leta je bilo ustanovljeno društvo Obzorja – Skupnost za novosti v duševnem zdravju in društvo Zaupni telefon – Samarijan – društvo za klic v sili. V letu 2000 se je društvo Paradoks preimenovala v društvo Novi Paradoks – slovensko društvo za kakovost življenja. Vodenja društva so takrat prevzeli delavci strokovne narave. V istem letu so pa sorodniki ljudi s težavami v duševnem zdravju ustanovili društvo Humana – združenje svojcev pri skrbi za mentalno zdravje. Prav tako je aktivno tudi društvo Dam – društvo za pomoč osebam z depresijo in anksiozno motnjo. V letu 2008 pa so uporabniki ustanovili uporabniško društvo Mostovi. Društva izvajajo programe za ljudi s težavami z duševnim zdravjem, ki so njihovi člani. Programi društev so si med seboj večinoma podobni. Večino organizacij vodijo strokovnjaki (Ozara, Šent, Altra, Novi Paradoks, Vezi), uporabniška društva (Paradoks, Mir sreče, Dam, Mostovi) in društva svojcev (Humana). Omenjena društva tudi ne izvajajo programov stanovanjskih skupin, katere društva s strokovnimi delavci običajno imajo. Omenjeni Hamlet Trust je v bistvu največ prispeval k uporabniškim organizacijam s strokovno, moralno in finančno podporo. Vse pred Hamlet Trustom so bili uporabniki zelo neorganizirani, nesložni in vsak zase. "Glavni razlog v razdrobljenosti pa je v tem, da je občutek pripadnosti društvu močnejši od zavesti, da so vsi uporabniki" (Lamovec 2004: 134).

V vseh društvih, ne glede nato, ali jih vodijo uporabniki ali strokovni delavci, veliko govorijo o udeležbi in vplivu uporabnikov. Govor o vplivu uporabnikov je običajno povezan z večanjem izbire in omogočanjem udeležbe v procesih, ki so jim namenjeni. Pogostoma pa se izkaže, da izkušnje iz prakse kažejo na določene pomanjkljivosti. V društvih, katera vodijo strokovni delavci, se uporabniki pogostoma pritožujejo, da se ne morejo svobodno izražati, saj skupine pogosto vodijo strokovnjaki in strokovnjakinje. Da bi ravnali v duhu socialnega dela, ki krepi moč oz. vpliv uporabnikov, bi si morali strokovnjaki zastaviti vprašanje, kaj uporabniki potrebujejo, da bodo lahko samostojno vodili skupino. O tem, da je možno vzpostaviti samouporabniško delovanje, priča

ustanovitev uporabniškega društva Mostovi. Sprva so si uporabniki pred ustanovitvijo društva Mostovi v organizaciji, kjer so bili, prizadevali za samostojno skupino za samopomoč, a ker to ni bilo izvedljivo, so ustanovili svoje društvo. Omenjeni primer govori o tem, kar uporabniška gibanja kritizirajo – da je moč neenakomerno porazdeljena. V socialno delovni praksi so uporabniška gibanja dosegla pomembne premike v odnosih moči. Tako ni presenetljiv podatek, da je bil koncept krepitve moči v svojem začetnem obdobju zlasti povezan z družbenimi gibanji, ki so imela močno politično sporočilo. Družbena gibanja so ustvarila svoje lastno sporazumevanje in so delovala kot gibanja za svobodo. To, da so gibanja bila politične vrste, se niso zavedali niti tisti, ki so bili vanje vključeni (Videmšek 2011)

Glavna tema potrebe po spreminjanju odnosov med strokovnimi delavci in uporabniki so uporabniške vloge v odnosih. Uporabniki ne sledijo strokovnim delavcem, ampak morajo strokovni delavci pomagati pri tem, da sledijo uporabniki sami sebi.

Razprave o pomenu vpliva uporabnikov zasledimo tudi v temeljnih dokumentih na področju socialnega varstva (Nacionalni program socialnega varstva, Resolucija nacionalnega programa socialnega varstva, Predlog zakona o socialnovarstveni dejavnosti).

Načela, ki so pripomogla k večanju vpliva uporabnikov nad svojim življenjem, so naslednja (delovni pogovor z naslovom Socialno varstvo v Republiki Sloveniji – stanje in perspektive): Spremenjena vloga uporabnika (od pasivnega prejemnika storitev k državljanu), pravice, individualiziran pristop, vpliv nad življenjskimi odločitvami, nadzor nad procesom zagotavljanja storitev, transparentnost (vlog in financiranja) in sinergija (proračunskih virov in osebnih potencialov). Dobri dve leti kasneje je parlament sprejel strokovni politični dokument z naslovom Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005, ki med ostalim predvideva tudi uveljavljanje naslednjih načel: individualiziran pristop, nadzor nad storitvami, izbira izvajalca ter transparentnost vlog in financiranja. (Škerjanc 2004)

Mreža uporabniških družbenih gibanj (*»European Network of Users and Ex-users in Mental Health«*), ki je bila ustanovljena 1991 na Nizozemskem, opredeljuje naslednje potrebe, pravice: pravico do odškodnine za psihiatrične poškodbe ali nezakonito hospitalizacijo, plačano delo, pravico do odločanja o sebi, pravico do ustreznega bivališča, pravico do vseh relevantnih informacij, neodvisno zagovorništvo, spremembo diskriminatorne zakonodaje, pravico do opredelitve svojega problema ter vpliv na obravnavo, pravico do zavrnitve strokovne pomoči ali zdravlil, odpravo medicinskega modela, uporabniki naj sodelujejo pri vzgoji medicinskega osebja, odpravo psihiatričnega modela, državno podporo uporabniškim organizacijam.

Vse te pravice so bile potrebne, da so prisilile razvoj skupnostne psihiatrije v bolj odgovorno ravnanje do svojih pacientov. Poleg tega so vse omenjene pravice pripomogle k destigmatizaciji uporabnikov ter premik uporabnika k državljanu. Vse te pravice sodijo v temeljne pravice, ki jih imajo tudi vsi ostali ljudje ter so tako pomemben prispevek k enakopravnosti uporabnikov. Vse to je pripomoglo k večjemu zasluženemu vplivu uporabnikov, ki je izboljšal njihovo življenje (Lamovec 1997: 207).

Cilji uporabniških gibanj

Cilji uporabniških gibanj so: informiranje javnosti, doseči ustrezne in zahtevane spremembe v zakonodaji in psihiatriji ter na področju političnega delovanja, v večji meri in boljše artikulirati alternativne oblike zdravljenja, povečati varstvo pravic uporabnikov, izboljšati kakovost življenja, izboljšati kakovost delovanja uporabniških organizacij, pozitivno vplivati na širšo družbo.

Ravno zato, ker javnost ni informirana o sistemu delovanja socialnega varstva, je potrebna informiranost da se lahko doseže ustrezne in zahtevane spremembe v zakonodaji, predvsem pa v psihiatriji, za katero je opazno, da ji uporabniki niso pozitivno naklonjeni oziroma da niso odnesli

pozitivnih posledic od zdravljenja. Medikalizacija ni psihosocialni pristop, ki ga uporabniki potrebujejo, ampak kaže na njihovo (psihiatrija) lastno nesposobnost reševanja stisk ter postavlja pod vprašaj informiranost, poznavanje oziroma zmožnost reševanja stisk ljudi po celem svetu.

Dejavnost uporabniških organizacij

Dejavnosti uporabniških organizacij so javno nastopanje, družabnost, izobraževanje, zagovorništvo, informiranje o raznih psihičnih motnjah ter učinkih zdravil, plačano delo, povezovanje z drugimi uporabniškimi organizacijami in stanovanjske skupine.

Vsekakor je čas, da pričnejo uporabniki javno delovati ter da pričnejo tako dvigovati interes o informiranosti dejavnosti uporabniških organizacij za vse morebitne potencialne uporabnike duševnega zdravja. Strokovni javnosti oz. politiki v Sloveniji mora biti v interesu imeti pod nadzorom to, kako je poskrbljeno za uporabnike duševnega zdravja, saj se stiske lahko dogodijo vsakomur, zato je dobro, da državljani vedo, da bi jim tudi v stiskah lahko bilo prijetno.

Načela uporabniških organizacij

Uporabniki imajo pod nadzorom vodenje organizacije, sodelovanje je prostovoljno, hierarhija je minimalna, delavci so odgovorni uporabnikom, uporabniki nadzirajo delavce, pristop je nemedicinski, najvišja prioriteta aktivnosti so izobraževanje, zagovorništvo in vzajemna pomoč v dvojicah, posredovanje informacij o psihiatričnih zdravilih, posredovanje civilnih pravic, politična aktivnost organizacij, od sistema duševnega zdravja pa pričakujejo (Mosher 1989) oskrbo s tehničnimi informacijami, materialno podporo, dostop do ljudi, ki so jim lahko v pomoč in zagovorništvo.

Uporabniška gibanja se zavzemajo za spremembe, katere bi bilo potrebno upoštevati tudi v procesih deinstitutionalizacije. V nadaljevanju so za to navedeni naslednji razlogi:

Uporabniška gibanja nakazujejo potrebe, ki veljajo za vse uporabnike, tako uporabniška gibanja kot deinstitutionalizacija pa si prizadevata za vključevanje ljudi v skupnost. Za obe gibanji je značilna skupna aktivnost, uporabniška gibanja pa lahko nakazujejo nadaljnje trende deinstitutionalizacije, plačanega dela, izobraževanja uporabnikov, skupin za samopomoč in zagovorništvo. V procesu deinstitutionalizacije se interesi institucije prilagajajo interesom uporabnikov, uporabniška gibanja služijo svojim interesom, uporabniška skupina pa je vmesni člen oz. možnost, da se posameznik dokončno osamosvoji (Lamovec 1997), osamosvojitve pa je tudi namen deinstitutionalizacije.

Mislim da so prav uporabniška gibanja tista, ki so in bi lahko še veliko bolj prispevala k razvoju načel po posameznikovih merah in so potrebna še nadaljnja vključevanja uporabnikov v vzpostavljane načel v socialnem varstvu v Sloveniji. Iz tega izhaja tudi filozofija socialnega dela, da so uporabniki tisti, ki vedo, kaj je dobro za njih. Prav tako je pomembno, da si v večji meri zaželi še več vpliva in še več dobrih stvari, ki bi vplivale na njih, da bi to postala dobra praksa celotne Slovenije. S tem ko bodo uporabniki začeli dobro vplivati nase, kot pozitiven vidik vplivanja na svoje pozitivno duševno zdravje, bodo postali tudi zgled vsem ostalim, ki je nujen potreben za boljše duševno zdravje v skupnosti (Sloveniji).

Razvoj nevladnih organizacij in gibanj

Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja so nastale kot gibanje v 80. letih prejšnjega stoletja. Pomemben mejnik so bili tabori v Zavodu Hrastovec Trate, kjer so socialni delavci začeli razmišljati ter delovati proti sistemu, ki je krivičen v svojih aktivnostih do uporabnikov. Omenjeni dogodki so med drugim povzročili začetek procesa ustanavljanja organizacij na področju duševnega

zdravja (Flaker 2004: 18).

NVO imajo danes veliko večjo vlogo, kot so jo imeli desetletja nazaj. Veliko bolj so bile nadzorovane in veliko bolj so se morale prilagajati državi. Danes se NVO predstavljajo kot del države in njenega delovanja in so samostojne. Še vedno so financirane iz razpisov, ampak predstavljajo stranske, nujno potrebne motorje, ki vzdržujejo sistem tam, kjer sistem sam v osnovi ni zadosten. Včasih so bile NVO ločene od države, danes se štejejo kot pomemben del državnega funkcioniranja. Vloga nevladnih organizacij je predvsem v uvajanju inovacij, pomembnih za spremembe v pristopu in organizaciji storitev na področju duševnega zdravja. Od leta 1992 so te vpeljale: stanovanjske skupine, dnevne centre, skupine za samopomoč, socialna podjetja, individualno načrtovanje, krizne time, zagovorništvo, neposredno financiranje, osebno asistenco, terensko delo ter druge oblike.

Flaker (2004: 18) meni, da so bile tako ustvarjene izkušnje, da je duševno zdravje v skupnosti možno, niso pa še ustvarili systemskega odgovora na stiske ljudi.

Leskošek in Hrzenjak (2002: 7–27) ugotavljata, da se med državo in nevladnimi organizacijami pojavljajo nove pomembne teme:

- prva se nanaša na kakovost storitev;
- druga pa izhaja iz dejstva, da je financiranje v večini primerov še vedno usmerjeno na ponudbo organizacij in ne na potrebo ljudi.

Še vedno je premalo poudarka na potrebi po avtonomnosti uporabniških gibanj. Socialno delo se usmerja v vprašanje, kaj uporabniki potrebujejo da bodo samostojno vodili svojo organizacijo. Več pozornosti bi bilo potrebno namenjati temu, da se podpira take NVO, ki podpirajo ustanavljanje in podpiranje uporabniških organizacij oz. da se pričenja pripravljati razpise tudi za konkretna uporabniške organizacije.

Postavlja se pomembno vprašanje, kako zmanjšati odvisnost od virov, zaradi katerih so organizacije v podrejenem in neenakopravnem položaju. Rešitev je v finančni varnosti, ki pa jo je mogoče doseči z različnimi oblikami varnega financiranja (Leskovšek, Hrzenjek, 2002: 7–27).

Oblike varnega financiranja poznamo v naložbah v obveznice, ki ponujajo obrestne mere in veljajo za najbolj varno obliko financiranja.

Vključevanje uporabnikov

Vključevanje uporabnikov je proces (Leskovšek, Hrzenjak 2002: 29–38) spreminjanja odnosov na področju socialnih služb ter razvijanje zaupanja med uporabniki in izvajalci. Pri tem vključevanje pomeni, da imajo uporabniki moč vpliva na dogajanje, spreminjanje obstoječega stanja in odločanja v organizaciji.

Sodelovanje uporabnikov oz. z uporabniki je pomembno zato: ker imajo ljudje vse pravice (človekove, državljske, legalne) do vpliva in da se jih sliši. Človeško in normalno je imeti besedo pri odločitvah, ki imajo pomemben vpliv na njihovo življenje. Vključevanje pomeni tudi povečano odgovornost na vseh ostalih ravneh, s tem pa vpliv na boljšo kakovost. Vključevanje uporabnikov je neposredno povezano s cilji socialnih služb. Vključevanje uporabnikov predstavlja tudi izziv za izključenost, je pa po drugi strani proces vključevanja uporabnikov težak in seveda lahko tudi problematičen (Leskovšek, Hrzenjak, 2002).

Sodelovanje uporabnikov in izvajalcev socialnih storitev je možno na različnih ravneh:

Raven, kjer se izvaja storitev brez upoštevanja potreb uporabnikov, kar pomeni, da ni sodelovanja; konzultiranje uporabnikov z anketami, kar pomeni, da je prisotno vključevanje uporabnikov, a v najmanjši meri, saj zgolj povedo svoje mnenje; višja stopnja sodelovanja, ko so povabljeni na sestanke in kjer uporabniki sodelujejo pri odločanju; ter okrepitev, ki je najvišja stopnja vključevanja uporabnikov, s tem da se jih zaposli v socialnih službah ali da uporabniki vodijo organizacijo in da odločajo o vseh pomembnejših vprašanjih. Na takšen način je razvidno, da se lahko sodelovanje uporabnikov šteje v sorazmerju, da višja kot je stopnja vključevanja, boljša je tudi ustreznost ravni dela strokovnih delavcev. Vse to pripomore h končnemu cilju, da uporabniki postanejo vodje svojih organizacij. (Videmšek 2011)

Skupnostne službe in pristopi

Potem ko so začeli uvajati skupnostne oblike, so pričakovali, da bodo vloge duševnih bolnikov izginile. Pa niso. Razloge za vztrajanje v vlogi duševnega bolnika v skupnosti lahko najdemo v tem, da (Estroff 1985):

azil, zaprte ustanove še vedno realno obstajajo – kljub temu, da ustanove zapirajo, v sosednji pokrajini še vedno obstajajo in s svojim obstojem grozijo uporabnikom. Tako določajo njihovo vedenje in tudi omogočajo ponovno zapiranje (če je treba) in dejansko udejanjanje vloge ekstrema.

Službe v skupnosti so še vedno “svet zase“. Uporabniki se družijo predvsem z uporabniki in osebjem.

Zdravila – sama po sebi (ker jih je potrebno jemati) vzpostavijo vlogo in človeku govorijo o tem, da sodi v vlogo, poleg tega spremenijo vedenje, ki ga loči od ljudi, ki zdravil ne jemljejo. Stranski učinki povzročajo vsakdanje prekrške (človek se prestopa na mestu, težko zdrži v enem prostoru, ima suha usta ali pa se mu cedi slina itn.).

Da bi dobil socialno pomoč, mora uporabnik ostati v vlogi, pri nekaterih prejemkih (invalidska pokojnina) pa je to odločujočega pomena.

Skupnostne oblike še ne rešujejo ostalih problematik, ki so potrebne reševanja. To pomeni, da je potrebno ne samo vzpostavljati skupnostne službe, ampak da je potrebna tudi deinstitucionalizacija, tj. da je potrebno sočasno zapiranje zaprtih ustanov po celem svetu.

Korenite spremembe in korak v smeri dezinstitutionalizacije je bilo izvedeno v zavodu Dutovlje, ko so prvi stanovalci zaživel v stanovanjskih skupinah zunaj ustanove. Preden so odprli stanovanjske skupine sta v zavodu delovali skupini Pi-Moč za delavce in za stanovalce, ki sta delali po načelih štirih potreb po Glassserju (1985): svoboda, ljubezen, zabava in moč. Na podlagi želja in potreb, ki so jih stanovalci in zaposleni izrazili v omenjenih skupinah, je tako leta 2003 nastala prva stanovanjska skupina v Sežani, kamor so se preselili naprej štirje stanovalci. (Flego et al. 2012)

Proces dezinstitutionalizacije v posebnih socialnovarstvenih zavodih je tesno povezan tudi z odpravo posebnih varstvenih ukrepov kot metode dela pri omejevanju hetero ali avtoagresivnih izpadov. Posebni varstveni ukrepi niso socialnovarstvena storitev in pri njihovi uporabi se kultura ustanove spreminja v kulturo strahu in terorja. Vendar opis postopkov, ki jih je treba opraviti pri uporabi posebnih varstvenih ukrepov, še ne prinaša popolne zaščite pred zlorabo prisilnih sredstev in nevarnostjo ponižujočega ravnanja. (Flego et al. 2012)

Skupnostne službe morajo zadovoljiti vse, ki so kakor koli povezani s področjem duševnega zdravja, to pa pomeni učinkovito obravnavo vseh posameznikov oz. njihovih potreb. Te so: nastanitev in bivanjske razmere, zaposlitev in delo, prosti čas in rekreacija, preživljanje krize ter vzpostavljanje socialne mreže. (Flaker et al. 2015)

Skupnostne službe delimo na tiste, ki so intenzivne, ki torej človeka spremljajo oz. so mu na voljo skoraj ves čas, in na tiste, ki so ljudem na voljo le občasno, nekaj ur na teden – skratka so manj intenzivne. Skupnostne storitve visoke intenzivnosti so, ob stalni razpoložljivosti, človeku prilagojene in vsebujejo raznolike storitve – so torej kompleksne, celovite in kontinuirane. Mednje štejemo družinske pomočnike, osebno asistenco, oskrbo (oz. pomoč) na domu, podporo v oskrbovanih stanovanjih, koordinirano oskrbo (z osebnim paketom storitev ali brez). (Flaker et al. 2015)

Za skupnostne službe nizke intenzivnosti je značilno, da so v stiku z uporabniki bolj redko, občasno ali redno, a v daljših intervalih. So bodisi osredotočene na eno značilnost situacije ali eno storitev bodisi bolj podpornega značaja. Povprečna intenzivnost stikov je po podatkih IRSSV-ja med eno uro na teden in največ desetimi. Ločimo lahko tudi med storitvami in programi nizke intenzivnosti. Storitve nizke intenzivnosti izvajajo centri za socialno delo (pomoč na domu, osebna pomoč). Mednje sodijo tudi patronažna služba, socialni servisi, spremstvo za slepe ter ambulantna obravnava dolgotrajnih zdravstvenih težav, skupnostna psihiatrija, rehabilitacija. Nizko intenzivni programi vključujejo uporabnike in uporabnice manj kot deset ur na mesec, večina okoli dve uri mesečno. Tipično so to skupine za samopomoč (za stare ljudi in druge), dejavnosti za otroke in mladino, igralne urice, ulično delo. Navadno jih organizirajo NVO ali CSD, so skupnostne naravnane in imajo načeloma preventivo in podporno dejavnost. Medtem ko so denarna nadomestila lahko zelo intenzivna oblika oskrbe, pa pri nizkih zneskih, kot jih imamo pri nas, ostajajo srednje intenzivna oblika, ki deluje večinoma kot stvarna podpora neformalnim podpornim mrežam, a le dokler ne dosežejo praga subsidiarnosti, ki ga dobljeni znesek za spoznanje dvigne. (Flaker et al. 2015)

Nova mreža služb mora obrniti razmerje med institucionalnimi in skupnostnimi kapacitetami, vmesnimi strukturami za prehod v skupnost in okrepiti moč delovanja storitev po osebni meri.

Tako je vizija skupnostne oskrbe, ki izhaja iz mednarodnih dokumentov in pregledov stanja naslednja: da je po meri uporabnikov, da je dobro integrirana na vseh ravneh, da je fleksibilna in sposobna prilagajati spremembam in novim potrebam, da je dobro vodena in pregledna in da je stroškovno učinkovita. Medtem pa so njeni glavni elementi: številne oskrbe po osebni meri; koordinirana oskrba in osebni paketi; osebni asistenti in družinski pomočniki za uporabnike z intenzivnimi in kompleksnimi potrebami, ki jih lahko oskrbi v veliki meri en izvajalec oskrbe; oskrba na domu, če so potrebe in odgovori nanje relativno enostavni. Potem so tu enostavne in manj intenzivne storitve podpore (spremstvo, svetovanje, osebna pomoč, terensko delo, mobilne službe, socialni servisi in druge), kot deli kompleksnejših storitev ali samostojne posamične storitve. Potem so tu še nastanitvene storitve v skupnosti (v primeru velike nuje, če si uporabnik preselite želi, tudi oskrbovana stanovanja, deloma pa skupinske nastanitve), možnosti produktivnih dejavnosti in ustvarjalnega preživljanja prostega časa. Ostanejo še posamična vključevanja v dejavnosti zunaj kroga posebnih služb ter skupinske in skupnostne oblike združevanja in delovanja (dnevni centri kot klubi, delavnice, socialna podjetja ...). (Flaker et al. 2015)

Duševno zdravje v skupnosti

Duševno zdravje v skupnosti je večplasten pojem in ga je možno ponazoriti oz. pojasniti z več vidikov (Flaker 2001):

Duševno zdravje v skupnosti lahko predstavljajo posamezne skupine, kjer si ljudje medsebojno pomagajo. Vidik duševnega zdravja so intervencije, s katerimi strokovnjaki rešujejo zagate v medsebojnih odnosih; lahko so stanovanjske skupine, sestavljene iz ljudi, ki so pred tem živeli v zavodih; duševno zdravje je lahko tudi skrb za ljudi z duševnimi stiskami, kjer ni cilj zapiranje teh ljudi v zavode, bolnišnice; duševno zdravje je tudi ozaveščanje javnosti o problemih ljudi z duševnimi stiskami; so tudi krizni centri, ki ljudem z duševnimi stiskami omogočajo življenje izven

ustanov; vidik duševnega zdravja v skupnosti pa je tudi zagovorništvo.

Za duševno zdravje v skupnosti je značilno skupnostno načelo: dajte prostor delovanja kjer koli v skupnosti zato, da se ljudi ne ločuje; sodelovanje različnih akterjev (strokovnjaki, uporabniki, svojci, prostovoljci ...); akterji so razmeroma v enakopravnih odnosih, predmet delovanja je skupnost; da se v neki skupnosti uporabljajo tista sredstva, ki so na voljo.

Cilji duševnega zdravja v skupnosti

Skupna značilnost ciljev duševnega zdravja je v tem, da prispevajo h krepitvi moči ljudi s težavami na področju duševnega zdravja. Razvrščamo jih v štiri skupine: izboljšanje položaja ljudi z duševnimi stiskami, vpliv na kakovost uslug in služb duševnega zdravja in njihovo usmerjenost k uporabnikom, družbeno prevrednotenje drugačnosti, preprečevanje aktivnosti v družbi, ki bi lahko pripeljale v osebne stiske, krize ipd. ter usposabljanje ljudi za ustvarjalno življenje.

Stigmatizacija uporabnikov duševnega zdravja

Vzroki za nastanek stigme

Okolje običajno prepozna kot „duševno bolnega“ človeka po tem, da je bil hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici. Zato so najmanj stigmatizirani tisti, ki pomoči ne iščejo oziroma ne iščejo strokovne pomoči. Že podatek, da je bil nekdo hospitaliziran, bistveno spremeni zaznavanje in odnos drugih do te osebe. Taka oseba dobi dosmrtno etiketo, da je neozdravljiv in da torej ne gre za motnjo, ki jo občasno ima, ampak za nekaj, kar je postala (Lamovec, 1998). Iz tega lahko sklepam, da je hospitalizacija glavni razlog za nastanek stigme. H temu bi še dodal, da stigmatizacija botruje tudi strah, pa tudi odpor pred drugačnostjo. Ljudi, ki so bili hospitalizirani in so imeli že tako ali tako nizko samopodobo, dejstvo hospitalizacije še dodatno uniči.

Neznanje in nepoučenost ostajata največja razloga za pojav stigme. Prav tako je velik razlog za odpor pred duševno stisko treba iskati v strahu vsakega posameznika, da bi sam izgubil nadzor nad sabo, nad svojim mišljenjem in zaznavanjem. Oreški (2008) ugotavlja negativne učinke medijskih reprezentacij. Poudarja, da so mediji pomemben vir oblikovanja predstav o osebah s težavami v duševnem zdravju. Zagovornike duševnega zdravja pa skrbi, da se v medijih pojavljajo netočne in negativne informacije o ljudeh s težavami v duševnem zdravju, saj to vpliva na (ne)ozaveščenost širše javnosti, posledično pa negativno vpliva tudi na omenjene osebe in njihove svojce. Medijski konstrukti lahko okrepijo diskriminatorne družbene prakse, še meni Petrovec (2015), ki ugotavlja, da smo priča psihiatrizacije družbe in posameznikov, ko nenadoma značaj oziroma temperament postaja diagnostična kategorija oziroma psihiatrična diagnoza. Poudarja, da v svetu prihaja do vse večje uporabe zdravil, ki pa je v tesni povezavi z vse večjim seznamom duševnih bolezni in motenj ter ugotavljanjem bolezni pri vseh skupinah ljudi, čeprav je na primer dolga leta veljalo, da se nekatere motnje obravnavajo le pri otrocih. Nesrečnost in stiska danes nista več dovoljeni: če nisi srečen, si bolan in psihiatrija te mora zdraviti. Ironično se sprašuje, ali se nam obeta „krasni novi svet“.

Vse to nakazuje, da so zdravila tista, ki pripeljejo uporabnike do tega, da so nori in da je jemanje zdravil že samo po sebi stigmatizirano. O tem govori tudi že pokojni psihiater židovskega rodu in madžarskih korenin Thomas Szasz (2013), ki izraža prepričanje, da izraz duševne bolezni označuje nezaželene vrste vedenja, ki obstajajo od nekdaj. Medikalizacija oziroma oboleznenje tovrstnih vedenj, ki se je začelo s pojavom psihiatrije, pa utira pot vladavini terapevtske države oziroma farmakologiji. Meni, da je farmakokracija zlizanje države z medicino. Avtor pri tem poudarja, da so merila za to, katera vedenja naj veljajo za abnormalna, kulturne, etične, verske in pravne narave, ne pa medicinske oziroma znanstvene. Poudari tudi, da je oboleznenje resna grožnja individualni svobodi in osebni odgovornosti. Obenem je (raz)boleznenje nekega vedenja kot tako politično dejanje, saj je vedno rezultat boja za oblast med stigmatizerji in stigmatiziranci.

Torej ne bi smelo biti stigmatizirano tudi jemanje zdravil, predvsem pa je potrebno stigmatizirati tudi medikalizacijo, saj ta ni koristna za osebe s težavami v duševnem zdravju. Medikalizacija posledično povečuje krog ljudi, ki se jih stigmatizira.

Ali se nam tako obeta nova oblika moralnega reda ter institucija družbenega nadzora, je najbrž še prezgodaj govoriti. Gotovo pa lahko pojav medikalizacije posledično povečuje krog ljudi, ki se jih stigmatizira.

Redko katero področje človeškega življenja je tako polno tabujev, stigme, nerazumevanja, kot so

psihosocialne stiske ljudi in posledično njihove izkušnje psihiatričnih hospitalizacij. Iz pričevanja ljudi spoznamo, da duševne stiske in psihiatrične diagnoze njim in svojem prilepijo negativne identitete, kot so „človek je nevaren sebi in drugim“, „z družino je nekaj narobe“, „psihiatričen bolnik je reven, revščina pa je slaba“, „človek s psihosocialnimi stiskami je slab delavec in je invalid“, „ženska s psihiatrično diagnozo ne more biti dobra mati“, „psihosocialne stiske so biološko dejstvo in podedovane“ (Zaviršek 2002: 12).

Za osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju, še danes velja prepričanje, da so nevarne in nepredvidljive. Vendar so raziskave pokazale, da to ne drži oziroma da so lahko te osebe nevarne tedaj, ko so pod vplivom psihoaktivnih snovi ali ko so zaradi psihotičnih simptomov zelo prestrašene. Osebe s težavami v duševnem zdravju še danes veljajo za nezanesljive in nevarne ter hudo motene (Švab 2009).

Po Strbadu in Švabu obstajajo tri pomembne sestavine stigme: čustvena sestavina strah, kognitivna sestavina stereotipizacije in vedenjska sestavina družbenega nadzora oziroma zadržanosti. Ponazorimo jih lahko z naslednjimi primeri:

- strah: *Bojim se ljudi z duševnimi motnjami;*
- stereotipiziranje: *Ljudje z duševnimi motnjami so nevarni;*
- družbena zadržanost: *Izogibam se ljudi z duševnimi motnjami (Strbad, Švab 2005: 148).*

Kot pravi Lamovčeva (1997) so največje težave, ki jih uporabniki srečujejo v medosebnih odnosih, naslednje: "Če srečam koga, ki ni bil v bolnišnici, mu ne omenim, da sem imel opraviti s psihiatrijo in prosim Boga, da mu ne bo kdo drug tega povedal, sedaj ali kasneje. Kajti stališče ljudi, vsaj nekaterih, je pač ... Takoj vidite, da jim je nerodno in ne vedo, kaj bi rekli ... Mislijo, da je to nekaj strašnega, to je tabu, o tem se ne sme govoriti. "Sarah" razlaga, kako zelo si želi biti na isti ravni z drugimi ljudmi. Če jim da vedeti, da je imela duševne motnje, jo obravnavajo, kot da je "manj človek". „Pomembno je, da se počutim enakovredno drugim ljudem. Rada se izdajam za normalno, rada začnem pogovor s kom v gostilni in pustim, da se razvija. Toda če bi me kdo hotel zares spoznati, bi mu morala povedati in tedaj mu ne bi bila več enakovredna. Tako nastane neprestani ravzpiti strah pred intimnostjo, za katerim naj bi uporabniki bolehal. Uporabnik je enakovreden le toliko časa, dokler se skriva. Če si dovoli intimnejše spoznavanje, bo spoznan za manjvrednega. Tudi to niso kakšni iracionalni strahovi, ki bi izvirali iz nerazumljivih globin duše, temveč odziv na dejansko stvarnost.

Povzetek

Stigma je neposredno povezana z izkušnjo hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici. Zato je vsak, ki išče pomoč, pravzaprav stigmatiziran in obratno. Družba kot taka pa še ni sprejela psihosocialnih pristopov za reševanje stisk v duševnem zdravju, zato so posledično stigmatizirani tisti, ki svoje težave rešujejo odprto, kar je pravzaprav znak duševnega zdravja. Tako neznanje in nepoučenost ostajajo razlogi za pojav stigme. Velik vpliv imajo pri tem tudi mediji, ki ne skrbijo za pozitivno podobo duševnega zdravja v skupnosti v Sloveniji. To bi pomenilo, da so duševne stiske normalne in del vsakdanjega življenja ter vodijo h krepitvi moči. Zdravila sama po sebi pa ne pomagajo pri dejanski rasti, saj "zbrišejo" ter omrtvičijo probleme v glavi ter tako odstranjujejo možnost reševanja drugačnih problemov. Vse to nakazuje na nesposobnost zdravljenja tistih, ki zdravijo, in to, da so v resnici tudi sami nezdravi. Zato je deinstitucionalizacija s popolnoma novimi pristopi nujno potrebna za boljše duševno zdravje v celotni Sloveniji, saj morajo biti uporabniki duševnega zdravja pozitiven vzor reševanja stisk, po katerem bi se lahko zgledovali tudi drugi.

Posledice stigme

Posledice hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici uporabniku pustijo lantrogene poškodbe, torej take, ki jih povzroči zdravljenje ali okoliščine, ki so z njim povezane (Lamovec 1995: 34–40). Gre za odvisnost od zdravil, dosmrtno stigmatiziranost, znižano samospoštovanje in zaupanje vase, uporabnik je prisiljen postati tak, kot ga hočejo drugi, pride do zatiranja pristnega občutenja in izražanja, spremenjenih odnosov z družino, na delovnem mestu, s prijatelji in znanci, izgubo ciljev v življenju. Pomembna je tudi vloga centrov za socialno delo in informiranost uporabnikov. Posledice socialne izključenosti oseb s težavami v duševnem zdravju vplivajo na kakovost njihovega življenja, omejuje pa jih tudi pri družbeno pogojenih opravilih. Stigmatizacija je tako ena od najbolj pomembnih ovir in težav, ki jih doživljajo v vsakodnevnem življenju. Kot še ugotavlja Lamovčeva (1998) je ohranitev občutka lastne vrednosti ena najtežjih, a hkrati najpomembnejših nalog uporabnika kot enakopravnega člana skupnosti.

Možni načini za zmanjšanje stigmatizacije

Če želimo osebam z težavami v duševnem zdravju pomagati izboljšati kakovost njihovega življenja, moramo odstraniti negativne posledice stigme. Gre za dolgotrajen in večplasten proces, ki pa ni mogoč brez ustreznega posluha države za to problematiko. Že Lamovčeva (1997) govori o tem, da za ljudi, ki imajo že tako ali tako nizko samopodobo, hospitalizacija in stigma, ki jo prinese hospitalizacija, povzroča še dodatno zbijanje morale. Skratka, stigma sama je, po njenem mnenju, še najslabši vpliv, ki poslabšuje duševno zdravje posameznikov s težavami v duševnem zdravju.

Stigma in s tem socialna izključenost sta veliko breme za ljudi s stiskami v duševnem zdravju in njihove svojce. Stigmatizacija ljudi z duševno motnjo je namreč ena od najbolj pomembnih ovir in težav, ki jo ti doživljajo, in je ena od največjih ovir do duševnega zdravja. Zaradi stigmatizacije se lahko osebe v zdravstveno obravnavo vključijo pozneje, kar negativno učinkuje na zdravljenje in rehabilitacijo. Tudi v Sloveniji je psihiatrična stroka v primerjavi z drugimi medicinskimi strokami pogosto stigmatizirana, posledica česar je težja dostopnost (oseba se pozneje odloči za zdravljenje, zaradi slabšega financiranja je psihiatrična zdravstvena obravnava manj dostopna ipd.). Posledice stigmatizacije se kažejo na številnih področjih: izključevanje iz življenja v skupnosti, težave pri pridobivanju in ohranjanju stanovanja, težave pri zaposlovanju in ohranjanju zaposlitve, pomanjkanje dohodkov in prikrajšanost v družabnih stikih ter vključenosti v mreže v skupnosti. Stigmatizacija zmanjšuje dostop do obravnave in njeno kakovost, obravnava je v zdravstvenih in socialnih službah dokazano bolj površna in podvržena napakam bodisi zaradi zanikanja dejanskih bolezni ali težav iskalcev pomoči ali njihovega podcenjevanja bodisi zaradi strahu pred obravnavo te skupine. Duševno zdravje je pomembno za kakovostno življenje posameznika in družbe, zato je treba razviti nove oziroma podpreti obstoječe dejavnosti nevladnih organizacij in drugih deležnikov v sistematičnih in stalnih programih ter projektih za zmanjševanje bremena stigme in diskriminacije oziroma socialne izključenosti. Okrevanje po duševni motnji je dolgotrajen proces, ki je individualno zelo različen in večinoma uspešen v primerjavi z okrevanjem pri drugih boleznih, zahteva pa uporabo dokazano uspešnih in preverjenih rehabilitacijskih metod. Zaradi posledic stigmatizacije, ki se kažejo predvsem v majhnih možnostih zaposlovanja, usposabljanja za delo in izobraževanja ter v (pre)pozni obravnavi, pride do negativnega vpliva na potek zdravljenja. Kot posledica se izgubljajo tudi ogromne zmogljivosti in sredstva, saj duševne motnje, kadar povzročajo invalidnost, oslabijo le nekatera področja posameznikovega psihičnega delovanja, medtem ko so druga lahko dobro ali nadpovprečno ohranjena. Osebe z duševnimi motnjami potrebujejo prilagodljiv delovni čas in pomoč v delovnem okolju. Velik pomen pri zmanjševanju stigme in socialne izključenosti imajo tudi javni mediji, zato so v akcijskem načrtu predvideni načini sodelovanja z novinarji (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016).

Goffman predstavlja štiri tipične odzive stigmatiziranih oseb na svojo stigmo: popravilo, kompenzacija (posredno popravilo), prekinitev z realnostjo in osamitev. V prvem primeru stigmatizirana oseba poskuša neposredno popraviti razloge svoje stigme (na primer lepotna operacija hibe), pri kompenzaciji gre za posredno popravljanje položaja, tako da se vlaga dodatni napor v opravljanje stvari, ki jih zaradi stigme sicer naj ne bi zmogel (npr. da se slep človek nauči smučati). Prekinitev z realnostjo pomeni reinterpretacijo stigme, posameznik se oprime interpretacije stigme, ki je v nasprotju s stigmatizirajočo in razlogu za stigmo pripisuje drugačno vrednost (na primer gejevske in lezbične parade ponosa). Zadnja oblika upravljanja s stigmo, osamitev, pa pomeni pobeg iz realnosti, kjer se človeku s svojo stigmo ni potrebno soočati (Goffman 1963 v Kuhar, 2009 [1973]: 1)

Zagovorništvo

Definicije zagovorništva

Za zagovorništvo v socialnem delu je značilno upoštevanje perspektive moči, akcijska naravnost, nasprotovanje stigmati, diskriminatornim predsodkom in praksam, etiketiranju, delovanje na osebnem in širšem družbeno političnem nivoju, vztrajnost, empatija in pozitivizem (Flaker, 2009).

Temeljna funkcija zagovorništva je krepitev moči v vseh pogledih. Pomemben teren zagovorništva so vse izključujoče, poniževalne in diskreditirajoče situacije v vsakdanjem življenju, ne glede na to, kje se odvija. Zagovornik je tako pomemben tudi v svoji vlogi posrednika pri nesporazumih v interakcijah, dedramatizatorja in blažilca v kritičnih situacijah, pomaga jasneje artikulirati pričakovanja in s tem večja pogodbeno moč človeka (Flaker et al., 2009).

Temeljna naloga zagovorništva je krepitev moči ljudi. Moči uporabnikov, ustanov in svojcev so nesorazmerne. Noben posameznik ne more računati, da bo takemu nesorazmerju kos sam. Zato potrebujemo organizirano zagovorništvo, ki lahko požene v tek proces večanja moči uporabnikov. Opolnomočenje je proces, ki ni nikoli končan, saj je treba pridobljeno razvijati, če želimo obdržati pravice, ki smo jih pridobili (Lamovec, 1998).

Zagovorništvo je ena od oblik pomoči osebam z stiskami v duševnem zdravju in tudi drugim deprivilegiranim osebam na poti k posameznikovi avtonomiji, socialni kompetentnosti in vključevanju v skupnost. Vključuje temeljno preusmerjanje moči med posameznikom in ustanovami. Pomaga ljudem, da si pridobijo moč in vpliv nad lastnim življenjem. Posamezniku daje podporo in posredništvo pri uveljavljanju njegovih pravic v soočanju z močnejšimi družbenimi skupinami (starši, stanovalci, delodajalci) in državnimi ustanovami (Holec, 1999).

Bistvo zagovorniškega načela je torej v tem, da omogočimo ljudem aktivno vključevanje v reševanje svojih problemov in to v smeri, ki so si jo načrtali sami. Moč ali opolnomočenje nista podarjena in si jo morata vsaka zatirana skupina in vsak posameznik, ki ji pripada, sama izbojevati. Popolnoma jasno je, da je opolnomočenje mogoče doseči le z uporabniškim gibanjem (Lamovec, 1988). Krepitev moči je ugodna, ko imata od tega korist podrejena in nadrejena stran (Dragoš 2008). Jelka Škerjanc (1996) pa pri tem poudarja, da opolnomočenje pomeni možnost odločanja o izbira na področju treh bistvenih življenjskih področij:

- kje bom živela;
- kaj bom delala;
- kdo me bo pri tem podpiral.

Vrste zagovorništva

V teoriji in praksi socialnega dela poznamo različne vrste zagovorništva. Med seboj se dopolnjujejo, čeprav lahko delujejo na zelo različnih področjih. Najpogosteje zagovorništvo ločimo na laično in profesionalno.

Za laično zagovorništvo je praviloma značilno, da ni plačano in ni odvisno od institucij. Največkrat se izvaja pri družinskem in vrstniškem zagovorništvu in deluje podporno na daljši rok. Med omenjene oblike zagovorništva prištevamo samozagovorništvo, skupinsko zagovorništvo, družinsko, vrstniško in občasno zagovorništvo (Flaker 2009).

Obstajajo laično zagovorništvo, ki ni plačano in se praviloma izvaja pri družinskem in vrstniškem zagovorništvu

Samozagovorniki so osebe, ki se lahko usposobijo za samostojno in aktivno vključitev v procese odločanja o njihovih pravicah, koristih in obveznostih. Osnovni smisel samozagovorništva je razvijanje posebnih veščin pri osebah s stiskami v duševnem zdravju in spreminjanje odnosa do teh oseb v smislu njihovega polnopravnega vključevanja v družbo. Kot ljudje imajo pravico, vendar niso niti vedeli, kaj so njihove pravice in kako jih izkoristiti. Tega se morajo naučiti (Pelikon, 1999: 177). Pri uporabnikih duševnega zdravja gre namreč za osebe, ki želijo, tako kot ostale odrasle osebe, same odločati o svojem življenju. Tudi v primeru, če delajo napake, jim te želje ne bi smeli odvzeti, saj se človek največ nauči iz lastnih napak, hkrati pa si tako izkušnjo tudi zapomni. Da bi bili sposobni zadano nalogo opraviti, potrebujejo ustrezen čas, podporo in razumevanje okolice, predvsem pa vero v lastno moč in zmogljivost. Predvsem morajo sprejeti sebe, verovati vase in v svojo enkratnost in neponovljivost, da jih bodo lahko sprejeli tudi drugi. To pa lahko uresničijo ravno preko samozagovorništva. Njegov cilj je namreč usposobiti uporabnike duševnega zdravja, da postanejo sami svoj zagovornik in kot taki enakovreden član družbe, v kateri živijo.

Kaj je samozagovorništvo za osebe, ki so vključene v gibanje samozagovorništva? Pravica glasu za vsakega, biti aktiven, prizadevati si za svoje pravice, imeti pravico lastnega izbora, biti z ljudmi, druženje, pomagati tistemu, ki potrebuje pomoč, skrbeti zase, prihajati na sestanke, biti poslušan, samozastopanje, enake pravice ljudi in srečevanje, prijatelji in prijateljstvo (Pelikon, 1999).

Vsega tega uporabnik duševnega zdravja ne more doseči sam. Za dosego svojih ciljev potrebuje podporno osebo. Gre za osebo, ki samozagovornika pozna, ga razume, mu je pripravljena prisluhniti, njun odnos pa temelji na spoštovanju in zaupanju. Samozagovornika podpira na način, da zanj pridobi čim več informacij, ki so mu v pomoč. Usmerja ga k aktivnosti in samostojnosti, neodvisnosti in samozavesti. Pri tem podporne osebe ne govorijo v svojem imenu in na podlagi lastnih prepričanj, pač pa, če samozagovornik to želi, pojasnjujejo njegove misli in dejanja. Interes uporabnika duševnega zdravja je torej ključnega pomena. V primeru, da se oseba zaradi motenj v duševnem zdravju ne more usposobiti za samozagovornika, si izbere svojega zagovornika. (Lamovec 1998)

Vrstniško zagovorništvo temelji na vzajemnosti in solidarnosti ljudi s podobnimi izkušnjami in je tesno povezano z delovanjem uporabniških skupin. Tovrstno zagovorništvo daje možnost za razvoj pravega prijateljstva. Potrebne so temeljne prednosti medsebojnega razumevanja in določena stopnja odločnosti. Sodelovanje v vrstniškem zagovorništvu ponuja pozitivno vrednoteno vlogo posameznika, ki je zmožen tako dajati, kot prejemati (Lamovec 1998). Gre torej za skupino ljudi, ki se je znašla v podobni življenjski situaciji in ki ravno zaradi te izkušnje bolj razume vrstnike in jim lahko tudi bolj pomaga, saj se točno zaveda, kje je problem, s tem pa zaradi krepitev občutka moči pomaga tudi sebi.

Pri občasnem zagovorništvu gre za aktivnost, ko zagovorniško vlogo prevzamejo ugledni in vplivni občani z namenom, da se zavzamejo za določeno osebo. Gre za obliko zagovorništva, ki prihaja v poštev zlasti v primerih, ko uporabniki nimajo na razpolago lastnih oseb, ki bi se zavzele zanje ali pa so te neaktivne. Naloga občasnega zagovornika je torej vzpostavitev stika s človekom, da se pozitivno odzove na njegove interese in ga poveže z ljudmi vsakdanje skupnosti.

Pomembno obliko laičnega zagovorništva opravijo za svoje bližnje sorodniki in prijatelji (Flaker in ostali, 2009). Pri tem gre lahko za družinsko zagovorništvo, pri katerem ima v procesu zagovorništva osnovno vlogo družina.

Skupinsko (kolektivno) zagovorništvo pomeni zagovarjanje ne samo posameznikovih, pač pa skupinskih pravic in interesov. Primerno je v institucijah, kjer imajo uporabniki praviloma vsaj

nekaj skupnih želja za izboljšanje stanja. Tako npr. glede kakovosti hrane, jemanja zdravil, obiskov, uporabe telefona, denarja, odnosov med samimi uporabniki, kot tudi v povezavi z osebjem. (Flaker et al. 2009)

V posameznih institucijah, ki izvajajo socialno zdravstvene programe, v ta namen ponekod delujejo sveti uporabnikov, ki niso samostojen organ organizacije, pač pa posebno delovno telo, ki predstavlja in zastopa interese uporabnikov. Tako se v svetu uporabnikov po načelu samoorganiziranosti združujejo osebe s težavami v duševnem zdravju, ki so vključene v dejavnosti društva in osebe, ki so takšne težave imele in so bile vključene v dejavnosti društva.

Svet uporabnikov ima običajno (odvisno od posameznega statuta organizacije) sledeče pravice: samostojno izbiro predstavnika po izbiri; preko svojega predstavnika zastopa svet uporabnikov navzven; oblikuje mnenja, pobude in predloge glede delovanja društva in jih posreduje organom društva, ki so se dolžni do njih opredeliti; njegov izbrani predstavnik lahko na sejah organov društva osebno predstavi stališča in pobude sveta uporabnikov. (Lapajne 2011)

Društvo nudi svetu uporabnikov potrebno logistično, tehnično in strokovno pomoč, ki jo ta potrebuje za svoje delo.

Zanimiva, predvsem pa inovativna se mi zdi uporaba skupinskega zagovorništva z elementi samozagovorništva v obliki skupščine uporabnikov in s sodelovanjem osebja v instituciji. Skupščina po načinu delovanja zagotavlja demokratičen način odločanja, zavezana pa je tudi k formalnim pravilom tako glede sklica skupščine z dnevnim redom in objave vabila na skupščino, kot do izvolitve predsednika skupščine, zapisnikarja in overovatelja zapisnika. Na skupščini se tudi sprejme sklep o tem, kaj se bo obravnavalo na naslednji skupščini. Na skupščini se sliši glas vsakega, ki želi izraziti svoja mnenja, za katera sodelujoči na skupščini meni, da bi jih bilo treba povedati. Je prostor, na katerem se lahko kot enakovredni osebi srečata uporabnik institucije in osebja. Vsak se lahko seznani s problemi drugega, ki se jih prej morda ni zavedal, ali pa se jih je, pa je mislil, da niso pomembni. Izmenjujejo se mnenja, išče se rešitve v zadovoljstvo vseh. Prav dejstvo formalnih pravil skupščine in prisotnost tako uporabnikov kot osebja so po moje ključni dejavniki, na katerih lahko svojo moč krepí uporabnik, v sorazmerju z želenim ciljem moči osebja. Povedano drugače: uporabnik pridobiva potrebno samozavest, osebje pa samozavest, za katero spozna, da jo je bilo preveč, odvrže.

Seveda morajo biti za uspešnost takega projekta zagotovljeni določeni pogoji. Tako bi morala institucija zagotoviti prostor za izvedbo skupščine na konkreten termin in omogočiti seznanitev vseh zainteresiranih oseb z datumom skupščine. Vse člane bi bilo potrebno skupščine tudi seznaniti s prednostmi skupščine in jih predhodno nanjo pripraviti ali v obliki samozagovorništva ali skupinskega zagovorništva, odvisno od vsakega posameznika posebej. Aktivno bi se bilo treba pripraviti na novo in po moje tudi „krepkejšo“ obliko krepitve moči in spodbujati uporabnike k temu, da povedo svoje mnenje in na drugi strani pojasniti osebju, da se jim z izvedbo skupščine ne jemlje ničesar, kar jim po pravilih pripada. Velja pa zanjo, kot tudi za vse druge oblike krepitve moči, da bi bila za ene primerna, za druge pač ne. Vsaj ne v začetni fazi, pač pa morda kasneje, ko bi jo uporabniki in osebje sprejeli kot običajno in koristno obliko delovanja.

Profesionalno zagovorništvo pa izvajajo ustrezno kvalificirani in praviloma plačani strokovni delavci. Med njih lahko prištejemo tudi uporabnike, ki delajo v uporabniških organizacijah. Poleg strokovnega znanja pa imajo na področju duševnega zdravja tudi lastne izkušnje. Gre bolj za formalizirano obliko zagovorništva. Lahko gre za bolniško zagovorništvo ali zagovorniške službe, ki jih običajno ustanovijo nevladne organizacije. Te v okviru programa zagovorništva ponujajo: izvajanje pravnega zagovorništva za posamezna opravila, spremljanje in varovanje pravic in interesov uporabnikov na terenu, varovanje osebnega dostojanstva pri razreševanju konfliktnih situacij, pomoč pri dedramatizaciji in razbremenitvi kritičnih situacij ter izvajanje delavnic

samozagovorništva. (Flaker et al. 2009)

Po drugi strani štejemo med profesionalne zagovornike tudi strokovnjake, ki sicer opravljajo druge storitve, a občasno stopijo v vlogo zagovornikov svojih uporabnikov (Flaker et al., 2009).

Glede na dejstvo plačila za opravljene storitve pa ločimo med plačanim zagovorništvom, ko zagovornik za opravljeno delo prejme plačilo, in neplačanim zagovorništvom, ko svoje storitve opravi kot prostovoljec, torej brez plačila.

Pravna ureditev zagovorništva v Sloveniji

Tako kot za zagovorništvo ugotavljamo, da je njegova osnovna naloga krepitev moči uporabnikov, pa po drugi strani velja, da je temeljna oblika krepitve moči ravno zagovorništvo. Takšen položaj zagovornika (oziroma zastopnika, kot ga poimenuje zakon) izhaja že iz Zakona o duševnem zdravju (v nadaljevanju ZDZdr) oziroma na njegovi podlagi sprejetih pravilnikov. ZDZdr namreč v 23. členu določa, da ima v postopkih obravnave v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi oseba (pri čemer je mišljen posameznik z duševno motnjo, ki se zdravi oziroma obravnava v mreži izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje) pravico do zastopnika. Drugih oblik krepitve moči zakon ne omenja, pač pa se omeji zgolj na zastopnika. Kot zastopnik pravic oseb na področju duševnega zdravja po omenjenem zakonu pa je mišljen posameznik, ki varuje pravice, koristi in interese zgoraj opredeljene osebe. V nadaljnjem členu zakona je določeno, da zastopnik opravlja predvsem naslednje naloge: osebo na primeren način informira o vsebini pravice do dopisovanja in uporabe elektronske pošte, do pošiljanja in sprejemanja pošilk, do sprejemanja obiskov, do uporabe telefona, do gibanja, do zastopnika ter o načinih in možnostih njihovega uveljavljanja. Daje konkretne usmeritve do uveljavljanja zgoraj omenjenih pravic in predlaga možne rešitve, svetuje osebi glede zgoraj omenjenih pravic in si prizadeva za njihovo spoštovanje in zasebnost osebe. Poleg tega preverja, ali se za osebe vodi evidenca o omejevanju zgoraj omenjenih pravic oseb o uporabi posebnih varovalnih ukrepov in evidenca o zdravljenju s posebnimi metodami zdravljenja.

Zastopnik pri opravljanju omenjenih nalog spoštuje želje osebe, če te za osebo niso škodljive. Prav tako je dolžan kot poklicno skrivnost varovati vse, kar pri opravljanju dela izve o osebi, zlasti o njenem zdravstvenem stanju, osebnih, družinskih in socialnih razmerah ter informacije v zvezi z ugotavljanjem, zdravljenjem in spremljanjem bolezni ali poškodb. Pomemben je še tretji člen zakona, ki določa, da je kakršna koli oblika zapostavljanja na podlagi duševne motnje prepovedana ter da se osebi pri obravnavi zagotovi varstvo njenega osebnega dostojanstva ter drugih človekovih pravic in temeljnih svoboščin, individualna obravnava in enaka dostopnost do obravnave.

Zastopnik torej v skladu z zakonom deluje izključno v korist in zaščito pravic, svoboščin in interesov ljudi, ki so obravnavani v ustreznih ustanovah zaradi težav z duševnim zdravjem. Tej osnovni ideji zakona je sledilo tudi Ustavno sodišče v odločbi U-I 294/12 z dne 10. 6. 2015. V njej je na predlog varuha človekovih pravic razveljavilo tretji stavek drugega odstavka in tretji stavek tretjega odstavka 74. člena ZDZ. Predmet presoje je bil postopek sprejema osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, v obravnavo v varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda s privolitvijo njenega zakonitega zastopnika. Ta pa je lahko zahteval tudi odpust varovanja tako, da je preklinal svojo privolitvev. Ustavno sodišče je v svoji odločbi utemeljilo, da razveljavljene del zakona posega v pravico obravnavanih oseb do osebne svobode, ki je zagotovljena z 19. členom Ustave. Ob tem sodišče opozarja tudi na konvencijo o pravicah invalidov. Meni, da lastnost osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, ne more pomeniti, da oseba ni sposobna razumeti pomena in posledic svoje odločitve na drugih področjih, ki za veljavnost njene odločitve ne zahtevajo poslovne sposobnosti. Do sedaj vzpostavljeni avtomatizem v celoti onemogoča oceno, ali je oseba privolitveno oziroma zavrnitveno sposobna. S tem pa se preprečuje vključitev tega človeka v postopek odvzema njene prostosti. Ustavno sodišče še poudarja, da je odvzem prostosti tako pomembna vrednota, da mora

biti posledica odločitve v poštenem postopku. Pri tem je pošten postopek, ko gre za osebe z duševnimi motnjami in zato lahko tudi s težavami pri izvrševanju svoje (svobodne) volje le tak, ki jim kljub temu omogoča čim bolj celovito in popolno sodelovanje v postopku in s tem tudi izvrševanje njihovih človekovih pravic in temeljnih svoboščin. V tak postopek pa se lahko na ustrezen način vključi tudi zakoniti zastopnik.

Podrobnejša merila glede tega, kdo lahko postane zastopnik pravic oseb na področju duševnega zdravja, predpisuje Pravilnik o opravljanju izpita ter izbiri in vlogi zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja (v nadaljevanju Pravilnik). Določa, da je za zastopnika lahko imenovan posameznik, ki ima: najmanj visoko izobrazbo, opravljen izpit za zastopnika, pet let delovnih izkušenj v zvezi z duševnim zdravjem, pridobljenih na področju zdravstva, socialnega varstva in pri izvajanju programov duševnega zdravja ter da ni pravnomočno obsojen na nepogojno kazen.

Izpit je sestavljen iz sklopov tem s področja duševnega zdravja in človekovih pravic, stigme, predsodkov in stereotipov, temeljnih pojmov duševnega zdravja, poznavanja zakonodaje, ki ureja to področje, koncepta zastopanja in njegovih etičnih načel, varovanja osebnih podatkov, poznavanja patologije s tega področja in ravnanja z dokumentarnim gradivom. Izpit je potrebno opraviti tako iz praktičnega, kot teoretičnega dela. Oseba si zastopnika izbere s pisnim pooblastilom izmed zastopnikov, ki delujejo na področju postopka obravnave. Za svoje delo je zastopnik plačan iz sredstev proračuna.

V Pravilniku so opredeljena tudi načela, ki jih mora zastopnik pri svojem delu upoštevati. Gre za načela: neodvisnosti in samostojnosti, varovanja pravic osebe, nediskriminatornosti, zaupnosti, spoštljivosti in krepitve moči osebe, brezplačnosti storitev.

Problem

Pri obravnavi kakovosti storitev na področju socialnega varstva se bo v demokratični družbi dokaj kmalu pojavilo vprašanje o socialnih pravicah in kakovosti nad življenjem uporabnikov. Zahteve po kakovostnem življenju pogostoma trčijo ob resničnost ustaljene prakse, ki načeloma sicer priznavajo pravico do kakovosti življenja, obenem pa številni ukrepi, odločitve in strokovni posegi posamezniku te pravice kratijo ali ožijo njihov obseg (Škerjanc, 2005).

Pojem participacija se razume kot odnos med vplivom in sodelovanjem. Participacija/sodelovanje, ki ne daje večjega vpliva udeležencem, prispeva sicer k večji integraciji sodelujočih v obstoječem sistemu, ne daje pa večjih možnosti za uveljavljanje njihovih interesov. Ponazorjeno je z naslednjo tabelo (Škerjanc, 2005).

Tabela 1: Vključenost v odločitve

VKLJUČENOST V ODLOČITVE	OBSEG VPLIVA
Odločitve sprejemajo drugi.	Nima vpliva.
Zastopa jo strokovna služba ali skrbnica.	Manjši posredni vpliv.
Zastopa jo uporabniška organizacija.	Večji posredni vpliv.
Podaja svoje mnenje.	Manjši neposredni vpliv.
Sodeluje pri odločitvah.	Večji neposredni vpliv.
Odloča in izbira sama.	Prevzame vpliv.

Vir: Škerjanc, 2005.

Iz razpredelnice razberemo, da je obseg vpliva posameznika na okoliščino ali storitev določen z obsegom njegovega sodelovanja. Pri zagotavljanju socialnovarstvenih storitev doseže obseg sodelovanja uporabnika v najboljšem primeru tako stopnjo vključenosti, ki predvideva podajanje svojega mnenja (Škerjanc, 2005).

Izraz deinstitutionalizacija povezujemo z odpravo velikih represivnih ustanov in hkrati opisujemo družbeni premik iz azila v skupnost, trend zmanjševanja bolnišnic in v njih preživetega časa ter družbeno gibanje, ki je aktivno prispevalo k temu premiku. Z deinstitutionalizacijo tako označujemo družbene okoliščine, ki so prispevale k odpravi totalnih ustanov in iskanju skupnostnih alternativ. Poteka na različnih ravneh, v njej pa se prepletajo procesi ekonomske, politične in strokovne narave (Flaker, 1998: 175).

Goffman (v Flaker, 1998: 20) pravi, da je osnovna predpostavka sodobne družbe, da posameznik spi, se igra, dela na različnih mestih in z različnimi soudeleženci pod različno oblastjo in brez vseobsegajočega načrta. Osrednja značilnost totalne ustanove je, da se ovire med temi različnimi sferami podirajo.

Goffman (v Flaker, 1998: 20) v Azilih pravi, da so temeljne značilnosti totalnih ustanov, da vsi

vidiki življenja potekajo na istem kraju in pod isto oblastjo. Dnevne aktivnosti potekajo vpricho velikega števila drugih ljudi, ki so enako obravnavani in od katerih se zahteva, da skupaj delajo isto stvar. Za vse dejavnosti obstaja urnik, ki se ga od zgoraj vsiljuje s strani uradnikov.

Vstop v psihiatrično bolnišnico je povezan z nizom degradacij in poniževanj, s tem se identiteta sistematično, čeprav čisto namenoma mortificira, pride do razlastitve vlog, na koncu to vodi v civilno smrt. Pomemben del totalne ustanove je disciplinski sistem, ki ga Goffman poimenuje sistem privilegijev, sestavljen pa je iz: hišnih pravil, majhnega števila jasno določenih nagrad in privilegijev, ki jih dobijo v zameno za ubogljivost in kazen. Varovanec se mora prilagoditi predvsem mortifikaciji in sistemu privilegijev (Flaker, 1998: 22–28).

Velike totalne ustanove so se pričele uveljavljati pretežno šele v 19. stoletju. Nastale so kot odgovor na vprašanja meščanske družbe. Duševno prizadeti niso bili večje breme v času, ko je delo potekalo na domu, ko pa se je delo preselilo v tovarno, pisarno, pa so ostali brez varstva (Flaker, 1998).

Druga svetovna vojna ni pripeljala zgolj do močnega ugleda psihiatrije ampak je spodbudila začetek procesa deinstitutionalizacije. Kritike življenja v instituciji so se namreč začele z vojniki, ki so zaradi vojnih izkušenj trpeli zaradi posttravmatske stresne motnje. Pri spremljanju usode teh vojakov so se pojavile ugotovitve, da je kakovost institucionalnega življenja zelo slaba in da institucije nikakor ne delujejo kot zatočišča, poleg tega je šlo za mlade vojake, ki so še pred kratkim živeli aktivno življenje, zato si je bilo lažje predstavljati, da niso zgolj prejemniki pomoči, temveč da živijo aktivno še naprej (Ramon. 2003: 211).

Pri tem (Dencker, 1992) dodaja, da so poleg zgoraj navedenega razloga, proces deinstitutionalizacije sprožili tudi drugi faktorji. Eden izmed glavnih je po njenem mnenju razvoj nevroleptikov in antidepresivov v psihofarmakologiji. V 50. letih 20. stol so ugotovili, da lahko s temi zdravili skrajšajo bolnišnično zdravljenje na obdobje nekaj mesecev, ne pa na nekaj let. Drug pomemben razlog, po mnenju avtorice, pa je razširjeno znanje o pomenu podpornega okolja in delovne terapije kot metode rehabilitacije. Še bolj od teh pa so bile pomembne ideje socialne psihiatrije in antipsihiatrije. Ti razlogi so pomembno vplivali na pogled na bolezen in težave v duševnem zdravju. Spoznanje, da bolezni niso več nujno neozdravljive, je pripeljalo do ugotovitve, da so ljudje s težavami v duševnem zdravju sposobni živeti v svojem okolju, v skupnostnih službah, kratkotrajna hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici pa je nujna samo v primeru, ko je človek v akutnem stanju.

Podatki za Francijo in Španijo kažejo po Goodwinovu (1997) primerjalni analizi politik deinstitutionalizacije in duševnega zdravja v vzhodni Evropi in ZDA kaže, da so proces deinstitutionalizacije v različnih državah spodbudili različni dejavniki. V Angliji so bila to uporabniška gibanja, kjer v primeru Italije to ni bila ustaljena praksa. Je pa vsem državam skupno, da vzrok za deinstitutionalizacijo ni en sam, ampak jih je več.

Kljub temu pa Flaker (1998) opozarja, da so zdravila hkrati tudi eden izmed najbolj bistvenih vidikov modernizacije psihiatrije in hkrati deinstitutionalizacije. Pogosto so navedena kot vzrok, na drugi strani so predmet kritike in jih imenujejo kot kemične prisilne jopiče. Zdravila so nekako omogočila odpiranje vrat, ker so vklenila norost v glavi.

Flaker (1995) pravi, da so zdravila v sodobnem času postala vidni reprezentant duševne bolezni in javnost ima pogosto stranske učinke zdravil (slinavost, prestopanje, težave z artikulacijo gibov in govora) za znake duševnih bolezni. Za uživalce psihiatričnih zdravil so zdravila dokaz, da so nori, kajti ta zdravila jemljejo samo nori, normalni jih ne. Stranski učinki pa so tudi za uporabnike vidni znaki, po katerih spoznajo svoje sotovariše, prav tako pa so podlaga za druženje z njimi, saj je to tisto, kar imajo skupnega in o čemer se lahko med seboj pogovarjajo. Hkrati pa je količinska doza zdravil indikacija, koliko je drugi nor ali v kakšnem stanju je. Pri tem Tanja Lamovec (1999)

izpostavlja, da v premočnih odmerkih psihofarmaki delujejo kot kemični prisilni jopič. Tako lahko prevelika količina zdravil hitro postane strup.

Petrovec (2015) ugotavlja, da smo priča psihiatrizacije družbe in posameznikov, ko nenadoma značaj oziroma temperament postaja diagnostična kategorija oziroma psihiatrična diagnoza. Poudarja, da v svetu prihaja do vse večje uporabe zdravil, ki pa je v tesni povezavi z vse večjim seznamom duševnih bolezni in motenj ter ugotavljanjem bolezni pri vseh skupinah ljudi, čeprav je na primer dolga leta veljalo, da se nekatere motnje obravnavajo le pri otrocih. Nesrečnost in stiska danes nista več dovoljeni: če nisi srečen, si bolan in psihiatrija te mora zdraviti. Ironično se sprašuje, ali se nam obeta „krasni novi svet“.

Že pokojni psihiater židovskega rodu in madžarskih korenin Thomas Szasz (2013) je izražal prepričanje, da izraz duševne bolezni označuje nezaželene vrste vedenja, ki obstajajo od nekdaj. Medikalizacija oziroma oboleznenje tovrstnih vedenj, ki se je začelo s pojavom psihiatrije, pa utira pot vladavini terapevtske države oziroma farmakologiji. Meni, da je farmakokracija zlizanje države z medicino. Avtor pri tem poudarja, da so merila za to, katera vedenja naj veljajo za abnormalna, kulturne, etične, verske in pravne narave, ne pa medicinske oziroma znanstvene. Poudari tudi, da je oboleznenje resna grožnja individualni svobodi in osebni odgovornosti. Obenem je (raz)bolezenje nekega vedenja kot tako politično dejanje, saj je vedno rezultat boja za oblast med stigmatizerji in stigmatiziranci.

Ali se nam tako obeta nova oblika moralnega reda ter institucija družbenega nadzora, je najbrž še prezgodaj govoriti. Gotovo pa lahko pojav medikalizacije posledično povečuje krog ljudi, ki se jih stigmatizira.

V Franciji in Španiji kažejo podatki celo na to, da je število ljudi v ustanovah od iznajdbe zdravil izredno narastlo, tako (Goodwin, 1997), Ramon (1985 v Flaker, 1998) pokaže, da so se trendi deinstitutionalizacije začeli že pred izumom zdravil (largaktila) zgolj s socialnimi pristopi.

Šele v 60. letih 20. stoletja je prišlo do povečanja družbenih gibanj na področju deinstitutionalizacije. V tem obdobju so nastala dela Goffmana (1961) in Foucaulta (1967, prevod v slovenščino 1998), ki sta razvijala svojo kritiko psihiatrije in institucij za duševno zdravje. Antipsihiatrično gibanje je spodbudilo nastanek številnih uporabniških skupin, saj je egalitarna naravnost antipsihiatričnega gibanja omogočila uveljavljanje uporabnikov (Videmšek 2011: 28).

Antipsihiatrična gibanja so sprožila proces deinstitutionalizacije ter posledično zaprtje velikih psihiatričnih bolnišnic in vzpostavljanje skupnostnih služb. Vzpostavila so tudi različne skupine in organizacije za vzajemno pomoč, ozaveščale so javnost in opozarjale na nečloveško naravo psihiatričnega zdravljenja oziroma na problem prisilnega zdravljenja. Zahtevale so tudi večjo možnost sodelovanja uporabnikov pri odločanju v službah, ki jih uporabljajo.

Negativni učinki totalnih ustanov so: odvzem moči, človekova pravica izbire (Flaker 1998), pravica do prostosti (Splošna deklaracija o človekovih pravicah), osebne dignitete do zasebnosti in še druge. Bivanje v taki ustanovi ljudem, ki živijo v njej, pripisuje stigmo, tako v očeh ostalih ljudi, kot tudi v svojih. Zraven tega pa je tudi samo bivanje v zavodu za človeka škodljivo (Flaker 1998).

Institucionalni postopki pripeljejo do socialnega omrtvičenja osebne identitete, ki jo nadomestijo z zavodsko. Varovanec tako pretrga stike z znanci, svojci ter s svojimi vsakdanjimi navadami, kar še dodatno poveča njegovo zavrženost. Nemogoče je, da bi v taki ustanovi gojil osebne želje, kaj šele načrte ali upore (Flaker 1998).

Osebjem zaznava uporabnike kot ničvredne, zatežene in nezmožne zaupanja. Medtem ko uporabniki svoje osebe doživljajo kot neprimerno, sovražno uperjeno in zaničevalno (Flaker 1998).

Uporabniška odvisnost od osebja, pretirana uporaba zdravil ter nestimulativno okolje pripelje do pomanjkanja osebnih ciljev ljudi ali celo do tega, da jih sploh nimajo. To je Barton (1959) poimenoval institucionalna nevroza zaradi izgube zanimanja za svet zunaj zavoda, pasivnost, resignacijo ter zanemarjanje samega sebe. Posledično to človeka pripelje do depresije ali celo do popolne avtistične drže (Flaker 1998).

Institucije kot take onemogočajo učinkovitost strokovne pomoči, saj onemogočajo spoznavanje varovancev, še manj pa individualno obravnavo človeka. Zavodsko okolje tako popolnoma napačno obravnava njihove paciente, kjer zdravila prej blažijo simptome, kot pa odpravljajo vzroke bolezni (Flaker 1998).

Neugodni so tudi njihovi pedagoški ter psihoterapevtski prijemi. Varovanci se učijo predvsem veščin, ki jih potrebujejo za življenje v zavodu, to je veščin, ki v vsakdanjem življenju niso prav nič uporabne. Medtem pa tiste veščine, ki jih imajo ljudje od prej, enostavno pozabijo (Flaker 1998).

Pomanjkanje uspehov negativno vpliva tudi na osebje, ki svojo službo doživljajo kot mučno. Osebje v zavodu je po številu samomorilnosti skorajda na prvem mestu, kar se tiče profilov v podobnih službah. Prav tako izoliranost od družbenega življenja zmanjšuje možnosti nadzora in vpliva svojcev na delo, ki ga opravljajo strokovnjaki, kar pripelje do rednih malomarnosti, zlorab in celo nasilja med varovanci (Flaker, 1998).

Londonska raziskava je pokazala, da je bilo kar 25 % varovancev v teh ustanovah fizično ali spolno zlorabljenih. Šele z vpeljavo skupnostnih služb se je zloraba odstotkovno zmanjšala na 8 %. Ravno zaradi svoje geografske oddaljenosti ter samozadostnosti onemogočajo možnost pomoči varovancev s strani svojcev, prijateljev in pa vključitev prostovoljcev (Flaker 1998).

Mnenja glede zavodske in skupnostne skrbi so različna, čeprav raziskave kažejo, da je celo pri najtežje prizadetih skupnostna obravnava lahko cenejša v primerjavi z zavodsko, poleg tega pa je kakovost obravnave nedvomno boljša. Vzdrževanje starih stavb je drago, prav tako pa tudi zdravila. Bolje usposobljeno kompetentno osebje bi izvedlo intenzivnejšo pomoč na psihosocialni ravni (Flaker 1998).

To je tudi razlog, zakaj imajo zavodi osebje, ki nadzoruje. Gre za manjše število osebja, namenjeno večjemu številu varovancev. V bistvu gre za dve ločeni skupini, med katerima je globok prepad, saj varovanci v zavodu živijo, medtem ko ima osebje v zavodu zgolj službeno obvezo (Flaker, 1998).

Problem življenja v zavodu se pojavi v tem, da drug drugega dojemajo v negativnih, sovražnih stereotipih. Osebje vidi varovance kot tečne, ničvredne ter nezaupljive. Prav tako varovanci dojemajo osebje kot neprijazno, nedobrotiško in kot da jim ni mar zanje, če ne celo to, da jim želijo škodovati. Tako je omejena prehodnost in s tem tudi formalno predpisana razdalja psihološke narave (Flaker 1998).

Tako osebje kot varovanci dojemajo, da zavod pripada osebju. To onemogoča, da bi se ljudje počutili, kot da so doma. Dogaja se celo to, da so ljudje v zavodih sužnji osebju, saj jim ti zmeraj naprtijo kakšno delo. Taka situacija človeka demoralizira (Flaker 1998).

Življenje po pravilih totalne ustanove posega v vsa področja. Gre za to, da sta si družna in totalna ustanova v popolnem nasprotju. Osebje v ustanovi se lahko vtika v vse, tudi najmanjše odločitve. Pripravljenost na sodelovanje ugotavljajo z različnimi testi ubogljivosti. V nekaterih zavodih kličejo ljudi po priimkih, če ne celo po številkah (Flaker 1998).

Napad na ljudi znotraj zavoda zajema tudi različne zapovedi, pravila in birokratiziranje. Obstajajo pa tudi stvari, ki jih ljudje lahko počnejo v svojem normalnem okolju, kljub temu, da obstajajo neka

pravila. To v zavodih ni mogoče, saj se tam odloča o sankcijah, pravilih, urnikih, dovoljenjih, za katera se lahko človek zunaj totalnih ustanov odloča sam – v zavodih pa o tem odloča osebje (npr. kajenje, poraba denarja, britje, umivanje ipd.) (Flaker 1998).

Tako ima osebje pravico disciplinirati ljudi in jim s tem tudi daje moč pri sankcioniranju. Življenje varovancev tako predstavlja vsakodnevni strah pred kršenjem pravil, kar od njih terja zavesten napor. Bojijo se druženja z drugimi varovanci. Take institucije odvzemajo kakršno koli možnost, da bi človek znotraj nje imel možnost kakršne koli oblasti nad samim sabo. Osebje jih dojema in z njim ravna kot z otroci v slabšalnem smislu. Izraz deinstitutionalizacija pomeni odpravo takšnih represivnih ustanov (Flaker 1998).

Deinstitutionalizacija pomeni družbeni premik iz institucij v skupnosti in zmanjševanje časa, ki je preživet v bolnišnici zaradi hospitalizacij. Pomenijo družbene okoliščine, ki so prispevale k odpravi zavodov ter iskanju alternativ za življenje v skupnosti in ki tako skrb potrebujejo oz. imajo do nje pravico. Gre torej tudi za spremembo v samem obravnavanju duševne stiske. Je gibanje, ki si prizadeva radikalno zmanjševati bolnišnične kapacitete ter je za odpravljanje bolnišnic kot takih v smisli oblik pomoči ljudem v duševni stiski (Flaker 1998).

Seveda pa so zdravila nedvomno eden izmed najbolj znanih psihiatričnih sredstev in so predmet kritike, saj norost »vklenijo« v glavo (Flaker 1998).

- V teh ustanovah je najbolj pomemben čas ljudi, ki so najvišje v hierarhiji, medtem ko je čas varovancev vreden najmanj. Tako je čas prilagojen osebju in njihovim delovnim navadam oz. je čas v zavodu porazdeljen na racionalni čas osebja in izgubljeni čas varovancev, ko ti čakajo in se podrejajo (Flaker 1998).

Brandon (1990: 5) se sprašuje naslednje: Ali imajo uporabniki pomembne možnosti izbora v službah?

Možnost izbirati pri:

- hrani in pijači;
- delanju napak;
- odnosih;
- izhodih;
- počitnicah;
- spolnosti;
- temu kaj pomaga;
- dejavnostih.
- Da bi bili sposobni izbirati, potrebujejo:
- osebno moč;
- vero, da v resnici lahko izbirajo;
- vero drugih ljudi v njih, vendar v mejah realističnega optimizma;

- telefon za vzpostavljanje stikov;
- znanje in informacije;
- opcije, med katerimi lahko izbirajo;
- znanje o posledicah dejanj;
- sposobnost ter podporo pri odločitvah;
- prevozno sredstvo, da se lahko gibljejo;
- denar;
- prijatelje, ki jim pomagajo;
- dostopnost do služb, vse od mostička za vozičke do usposobljenega osebja, ki je morda potrebno.

Imajo uporabniki nadzor nad rutinskimi stvarmi, npr. prostim časom, jedilniki, časom za obroke, kdaj bi imeli odmor, kdaj bi šli v kopalnico?

Si lahko izberejo svoje prostore, kjer kadijo in prostore, kjer ne kadijo? Lahko odločajo o tem, kam bodo šli na počitnice, kdaj se bodo upokojili? Imajo možnost, da tvegajo? Lahko sodelujejo pri pomembnih odločitvah?

Obstajajo skrajnosti izbire (Brandon, 1990: 4)?

Zavod je družbeni sistem, ki je radikalno razklan na dvoje; na varovance in osebje in kot smo že omenili, ne omogoča povezanosti v pozitivnem smislu. Da bi zavod to povezanost omogočil, razvije določene t. i. institucionalne ceremonije, v katerih se osebje in varovanci bolje spoznava in se tako lažje živijo drug v drugega. Ti dogodki tako kažejo enotnost, solidarnost in predvsem zavezanost ustanovi (Flaker, 1998).

Področje deinstitucionalizacije torej pokriva zapiranje bolnišnic ter ustvarjanje delovnih mest, ki jih nadomestijo. Vpeljevanje skupnosti terapevtske narave v 60. letih v Evropi je bil trend, ki je na žalost v večini primerov postal le dodatni način discipliniranja varovancev in ni bil izraz volje bolnikov (Flaker 1998).

Ker si želimo, da bi bili v procesu deinstitucionalizacije odnosi čim bolj demokratični, menimo, da bi uporabniki pri samem procesu preseljevanja ter predvsem ob takratnem načinu življenja v zavodu lahko že pričeli čim bolj sodelovati in odločali. Tovrsten način dela je nov. Zapisnike skupščin bi v takem primeru uporabili za raziskovanje glasu uporabnikov. Preko skupščin lahko preverimo ali lahko uporabnikom damo možnost, da se vključijo v mehanizme delovanja zavoda in imajo tako možnost vplivanja na delovanje zavoda in zavodska pravila.

Ugotovili smo, da v imajo v zavodih že vzpostavljen sistem sodelovanja uporabnikov, ki ga imenujejo "terapevtska skupnost". Ko smo te nekajkrat obiskali in v njih sodelovali, smo kljub temu ugotovili, da so se v času obstoja zavoda precej izjalovile in ne služijo svojemu namenu. Problemi, ki smo jih opazili, so naslednji: majhen interes, ki je bil verjetno vzrok tega, da se večina predlogov ni uresničila; izrazito neenakopraven odnos med zaposlenimi in uporabniki, ki se je kazal že v frontalni postavitvi zaposlenih nasproti uporabnikov; prekinjanje uporabnikov med izražanjem svojega mnenja itd.

Formulacija problema

V tem delu poskušam ugotoviti, na kakšen način bi lahko bolniki pričeli prevzemati v čim večji meri vlogo nad svojim življenjem, izhajajoč iz človekovih osnovnih pravic svoboščin življenja.

Odgovoriti želim na naslednjo vprašanje: Kako skupščine doprinesejo h krepitvi moči uporabnikov v institucijah. Skupščina večja moč uporabnikov skozi 3 faze:

Prva faza je, ko skupščina odpira prostor, kjer so uporabniki slišani in kjer lahko slišijo samega sebe (običajno so to težave posameznika).

Druga faza je ustvarjanje skupnega opisa realnosti (o sebi, instituciji, skupini), o katerem se uporabniki strinjajo in je osnova, da organizirajo skupno akcijo (opis stanja).

Tretja faza je čas, ko skupščina postane sredstvo za kolektivno akcijo, akcijo na podlagi opisa realnosti, ki bo spremenila stanje, ali podaja predloge za izboljšanje.

Metodologija

Vrsta raziskave

Moja raziskava je kvalitativna in poizvedovalna. Osnovno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, sestavljajo predvsem besedni opisi in izjave, analizira in zbira se besedne opise, ki se nanašajo na raziskovalni pojav (Mesec, 1997: 40).

Teme raziskovanja

Glavne teme raziskovanja so bile vezane na tri faze, za katere smo ugotavljali, da bi morale biti vidne na skupščini. V prvi fazi odpiranja prostora za govor uporabnikov pričakujemo, da uporabniki na skupščini govorijo o sebi in o svojih težavah. V drugi fazi skupnega opisovanja stanja bodo uporabniki govorili o tem, kaj je in kaj si želijo, v tretji fazi pa bodo začeli dajati predloge za spremembe.

Merski instrumenti ali viri podatkov

Viri podatkov so bili zapisniki skupščin, ki smo jih organizirali in v katerih so sodelovali uporabniki z diskutiranjem na določene teme na vsaki skupščini. Na takšen način smo želeli pridobiti njihov glas, mnenje in stališča. Povabljeni so bili tudi osebje.

Opredelitev enot raziskovanja – populacija, vzorec

V raziskavo sem vključil uporabnike in zaposlene v ustanovi v Novem Bečeju, ki so živeli v ustanovah v času naše študentske prakse, od 25. aprila do 3. maja. Skupščino sem vzpostavil v vsakem zavodu, saj so to trije zavodi v sklopu enega. Vzorec so bili uporabniki institucij, ki so se udeležili skupščin. K sodelovanju sem povabil vse uporabnike in vse osebje, vendar se jih je na vabilu odzvalo izjemno malo, okoli 10 na skupščino od nekaj manj kot 150 ljudi v vsakem od

zavodov. Udeleženci so bili različnih starosti, vendar med njimi ni bilo otrok. Vzorec je neslučajnostni, skupščin pa so se udeležili najbolj zainteresirani.

Zbiranje podatkov oz. empiričnega gradiva

Zbiranje podatkov smo opravili v zavodu za uporabnike duševnega zdravja v Novem Bečeju. Gre za zavod za dolgotrajno oskrbo, ki ima 3 nastanitve, in sicer za starejše, ženske in mešano. Uporabnike in osebje sem na uvodnem sestanku v aprilu 2016 obvestil o tem, kakšna je naša naloga in kaj bomo raziskovali. V povezavi s tem ni bilo vprašanj. Prav tako niso izkazali kakega posebnega zanimanja za sodelovanje, so pa vanj privolili. Organizirali smo 8 skupščin, izvedli pa 7¹. Za vsako smo naredili zapisnik. Na prvi skupščini se nam je pridružila tudi ena izmed osebja. Skupščine sem vodil sam. Trajale so od ure do ure pa pol. Največ sem si pomagal z zapisniki po posameznih skupščinah in osebnim vtisom, ki sem ga dobil na sami skupščini.

Obdelava gradiva

O vsaki opravljeni skupščini, se je sestavil zapisnik. Zaradi avtentičnosti izjav in poteka same skupščine smo ga sestavili na način in v jeziku, v katerem je potekal, torej v srbščini. V taki obliki so zapisniki tudi priloženi tej raziskavi.

Obdelavo in analizo podatkov sem naredil tako, da sem najprej iz zapisnikov označil pomembne izjave. Vsaki izjavi sem pripisal pojem, ki najbolje povzema njeno vsebino. pojme sem združil v kategorije in kategorije uredil po nadkategorijah, ki se ujemajo s predvidenimi fazami skupščin. Tako urejene kategorije sem nato opisal in iz njih sestavil opis nadkategorij.

1

Prva skupščina je bila 21. 4., druga 22. 4., tretja 23. 4., četrta 27. 4., peta 28. 4., šesta 2. 5. in sedma 3. 5. 2016.

Rezultati

Rezultati raziskav so prikazani v tabelah v prilogi, na tem mestu pa jih bom opisal-

Iz izjav v zapisnikih sem pojme združil v naslednje kategorije: Družina, Duševno zdravje, Izhodi, Odnosi med uporabniki, Odnosi med uporabniki in osebjem, Preselitve, Skupščine, Svoboda, Življenje v zavodu.

Družina

Uporabniki so izpostavili, da pogrešajo in želijo ponovno vzpostaviti stike z družino. Želijo si obiskov otrok (B12) in povedo, da so otroci v tujini (B7). En uporabnik želi, da mu pomagajo iskati brata (B5).

Duševno zdravje

V tej kategoriji je izpostavljeno, da ne želijo biti stigmatizirani, da jim ni lahko in da si želijo boljše obravnave. Uporabniki so povedali sledeče: da so tu v zavodu vsi bolj ali manj bolni (A10), a da niso tako nori/bolni, kot se zdi (F5, D1). Pomagamo jim lahko samo tako, da jih sprejmemo kakršne so (E8). Pravi terapevtski pristop se jim zdi takšen, da človek človeku zatrese njegovo dušo (D6). Se je pa potrebno pogovarjat, ne glede na vrsto bolezni (A10a).

Uporabniki se morajo boriti sami pri sebi (C4), zato potrebujejo mir, da so sami (E15). Moti jih, da nimajo znanja po osvobajanju od slabih misli (C7). Povedali so še, da je prisotna pasivna agresija ne glede na vrsto bolezni (A7).

Izhodi

Uporabniki so povedali, da jim je v zavodu dobro, a pogrešajo izhode (B4); da si želijo izhodov (B11); da želijo iti več ven iz doma in biti tako v kontaktu z zunanjim svetom (C5). En uporabnik je povedal, da je bil presrečen ob prvem izhodu (A10).

Odnosi med uporabniki

Glede odnosov med uporabniki so uporabniki povedali, da bi si morali pomagati (E12) in da bi se morali obnašati kot ena ekipa (C2A). Trdili so, da se uporabniki ljubijo in medsebojno strinjajo (C2), da pa ne vedo, kako se naj izboljšajo odnosi ob vseh teh boleznih in zdravilih (E3). Problem je po njihovem v medosebnem prilagajanju (A9).

Povedali so še, da so nekateri uporabniki sebični (C11); da je prisotna pasivna agresija za kavo in cigarete (C10) in da morajo npr. poslušati uporabnico, da je predsednica Jugoslavije (D17). Ena uporabnica je bila ob padcu zasmehovana (E4).

Odnosi med uporabniki in osebjem

Uporabniki so izpostavili, da ni obojestranskega spoštovanja med uporabniki in osebjem in da je potrebno več časa vlagati v rešitve. Povedali so, da je problem, ker zdravniki nimajo spoštovanja pacientov in da ni spoštovanja uporabnikov iz strani zdravnikov (E12). Uporabniki želijo več tolerance iz strani delavcev (E9) in da bi morali zdravniki ceniti uporabnike tako kot oni njih (E2). Osebjem ne ceni uporabnikov (E13), oni pa želijo več spoštovanja in manj konfliktov (E11). Delavci nimajo časa poslušati njihovih problemov (C3). Osebjem je lažje kot uporabnikom, ker so oni odvisni od sebe, ne osebjem od njih. Poudarili so, da se je potrebno pogovarjati (A13) in da se s pogovorom rešujejo problemi (D5A).

Preselitev:

O preselitvi so uporabniki povedali, da je deinstitutionalizacija zapiranje institucije (A2) ter da je v načrtu, da se vsi preselijo (A1).

S preselitvijo je povezavo tudi, da je uporabnica dobila priložnost življenja v hišici (A3), da je en uporabnik povedal, da se lahko preseli pod dovoljenjem matere (B13), drugi pa, da ima 2 stanovanji, pa ga ne spustijo domov (B2).

Skupščine

Izpostavljeno je bilo, da želijo ohranjati skupščine še vnaprej ter na kakšen način oz. s kakšnimi pristopi in podporami. Uporabniki so kar se tiče skupščin povedali, da morajo socialni delavci in uporabniki sodelovati (G5), da želijo, da skupščine ostanejo (A8A) in da želijo imeti predstavnika skupščine in stanovalcev (D14). Predstavniki potrebuje vso podporo (G2) in da mora biti predstavnik lokalni (G3). Predlagali so, da naredijo peticijo za ohranitev skupščin (A8b). Rekli so tudi, da želijo, da direktorica plača pot nam študentom, da še naprej prihajamo na skupščine (A8c).

V bistvu je bilo izpostavljeno, da želijo ohranjati skupščine še vnaprej, na kakšen način oz. s kakšnimi pristopi in podporami.

Svoboda

Izpostavili so, da si želijo več samostojnosti znotraj zavoda, pa tudi, da bi bili zunaj zavoda. Uporabnikom svoboda pomeni: odhod na svobodo (B6); domov (B1); da lahko sami kupujejo stvari, ki si jih želijo (E16); da pa se del teh izpolni, pa odpiranje oddelka (A3); zmanjševanje njegove zaprtosti (A3a).

Mislijo so tudi, da je naloga socialne ustanove, da pomaga pri samostojnosti (D12).

Vrednote

Za uporabnike so vrednote, da živijo dostojanstveno življenje (B10) ter da se borijo za svoje pravice v življenju (D13). V bistvu sta izpostavljeni pravici, ki temeljita na vrednotah.

Zdravila

V bistvu se je opozarjalo na neobveščenost o zdravilih in na neustreznost in nesorazmernost zdravil, ki jih prejemajo. Za zdravila so uporabniki povedali: da jih vsi bolni konzumirajo (C9); bi hoteli manj zdravil (B9); pa jim jih ne zmanjšajo (A16); da so zdravila premočna (F4); da zaradi tega prekomerno spijo in da jim to ne odgovarja (A16, F7) in da niti ne vejo, kakšna zdravila konzumirajo (F1, F3, F6); da so dajanja napačnih zdravil sredstvo kaznovanja (E18); da na splošno dobivajo neustrezna zdravila (E7, F2); nekaterim pa zdravila koristijo (jih umirjajo (B8)).

Življenje v zavodu

Pri tem so govorili, v kakšnih razmerah živijo (slabe), kakšne so aktivnosti, kakšni so problemi ter kaj pogrešajo. Življenje v zavodu je za uporabnike slabo (C8); zaradi lokacije (A6C), slabe kakovosti na splošno (D2). Zavod ni dom ampak bolnišnica (C1). Moti jih tudi, da nekateri ne upoštevajo hišnega reda (E10). Moti jih med drugim smrad (A21). Želijo si pozitivnejše atmosfere (C6). Po mnenju uporabnikov je neustrezna tudi prehrana (E6). Jedo hrano, katere se ne morejo najesti (E6); ne morejo pa si hrane kupiti sami (E16). Po njihovem bi tudi možnost kupiti več cigaret doprineslo več tolerance (E1).

V zavodu imajo redne terapevtske skupine (F8) in delovne terapije (D11). Tudi skrb za higieno se

izvaja kot delovna terapija (C14). Domska žepnina je za vse, delovna samo za delavce (C15). Tisti, ki delajo, dobijo delovno žepnino (D15). Uporabniki imajo spremstvo. Delovni terapevti grejo lahko z uporabniki do lekarne (F9). Uporabnica pa je povedala, da ima kot spremstvo tudi kolega – uporabnika (E14).

Med drugim jih moti tudi pomanjkljivo ukrepanje ob nasilju (D16) in kraje v zavodu (A19) zaradi katerih je video nadzor (A19A). Eden od uporabnikov je potožil, da je bil obtožen kraje (E17).

Ena od uporabnic je povedala, da za razliko od prejšnjega zavoda tu ni nasilja (A17a) in da se ji je zato tu stanje izboljšalo (A17). Druga je povedala, da so ji cimri tu rešili življenje (D8).

En uporabnik trdi, da je v tem zavodu pristal zaradi prevare SD (B3).

Nadkategorije

Opisane kategorije se prepletajo med sabo v tri nadkategorije, ki so povezane s fazami skupščine. To so Težave posameznika, Opis stanja in Predlogi za rešitve. O **Težavah posameznika** govorijo predvsem v prvi fazi. Prve izjave, ki govorijo o **Opisu stanja**, se pojavijo že v prvi fazi, večina pa jih spada v drugo fazo. V tretji fazi se poleg opisovanja pojavijo tudi **Predlogi za rešitve**.

Težave posameznika

Ko se je odprl prostor in so lahko govorili, so uporabniki povedali o svojih težavah. Te so bile povezane z duševnim zdravjem, z odnosi med uporabniki in med uporabniki in osebjem, s svobodo, zdravili in z življenjem v zavodu. Pri **Duševnem zdravju** so povedali, da se morajo uporabniki boriti sami s sabo, nimajo pa znanja o osvobajanju od slabih misli. Pri **Odnosih med uporabniki**, je bilo izpostavljeno zasmehovanje. Pri **Odnosih med uporabniki in osebjem** so povedali, da je osebju lažje kot uporabnikom, ker so oni odvisni od sebe, ne osebje od njih. Pri **Svobodi** je želja iti domov. **Zdravila** so neustrezna, ne prilagajajo jim odmerka, posledice so slabe. Kar se tiče **Življenja v zavodu** nimajo pravice sami nakupovati, prisotne so obtožbe za krajo in govorijo o prevari s strani socialne delavke.

Opis stanja

V največji meri so na skupščinah uporabniki opisovali stanje oz. delali poskusni opis realnosti v instituciji, v kateri živijo: kako je in kako bi morali biti. Izpostavljene so bile vse teme, razen skupščine. V kategoriji **Družine** so govorili o odsotnosti družine in da si želijo njihovih obiskov. Uporabnica je o **Zdravilih** povedala, da lahko z njimi lažje prenaša odsotnost družine. So pa z **Zdravili** tudi problemi. Zdravila jim ali ne ustrezajo, ali jih ne poznajo, ali so premočna. Pri **Duševnem zdravju** so povedali, da niso tako nori in da želijo biti sami in imeti tako mir. Pri **Izhodih** so rekli, da je pomanjkanje izhodov, pri **Odnosih med uporabniki**, da se imajo radi, a da je vseeno problem v medsebojnem prilagajanju, pri **Odnosih med uporabniki in osebjem** pa, da ni medsebojnega spoštovanja, pa tudi da je pomanjkanje zavzetosti iz strani osebja. Pri **Preselitvah** je uporabnica povedala, da se lahko preseli z dovoljenjem matere ter da bi morali institucijo zapreti. Pri **Življenju v zavodu** pa so poudarjeni slabi odnosi zaradi lokacije.

Predlogi za rešitve

Uporabniki so po govoru o svojih težavah v prvi fazi ter skupnem opisu stanj v drugi fazi prešli v tretjo fazo, kjer so prišli do različnih predlogov ali akcij za rešitve. Te so bile povezane z Duševnim zdravjem, Izhodi, Preselitvijo, Odnosi med uporabniki in med uporabniki in osebjem, Skupščino, Svobodo, Vrednotami, Zdravili in Življenjem v zavodu. Pri **Duševnem zdravju** so ugotovili, da se morajo pogovarjati ne glede na vrsto bolezni; pri **Izhodih**, da potrebujejo več stika z zunanjim

svetom, pri **Preselitvi**, da je v načrtu da se vsi preselijo; pri **Odnosih med uporabniki**, da je potrebno nujno kolektivno delovanje; pri **Odnosih med uporabniki in osebjem**, da je potrebno medsebojno spoštovanje; pri **Skupščini**, da bodo še ohranjali skupščine za vnaprej; pri **Svobodi**, da obstaja potreba po večji odprtosti oddelka; pri **Vrednotah**, da želijo dostojanstveno življenje; pri **Zdravilih**, da želijo manj zdravil; pri **Življenju v zavodu** pa je bila dana ideja, da bi prineslo več cigaret več tolerance.

Razprava

V Srbiji je sama ideja za povečanje vpliva uporabnikov nova tako za osebje, kot za uporabnike same. Potrebna je bilo kar nekaj pojasnjevanja in prigovarjanja pa tudi razlaganja, kako bo zadeva potekala in kaj lahko vsak od nje pričakuje. Glede na število stanovalcev zavoda se je skupščine udeležilo izjemno malo uporabnikov (10 na skupščino od 400). Uporabnike smo sicer obveščali na način, da smo v jedilnici postavili panoje z napisi kdaj in kje bo skupščina ter tako, da smo s posameznimi uporabniki še posebej govorili in jih osebno povabili na skupščino. Odziv na naše vabilo je bil nizek, saj nam je večina ljudi odgovorila, da jih skupščina ne zanima, pri nekaterih bi se dalo celo razumeti, da skupščino razumejo kot našo, ne pa kot svojo, poleg tega pa je to že tudi posledica institucionaliziranosti, saj jim je bilo najlažje vztrajati v že utečenih vlogah, ker so zaradi dolgotrajne oskrbe v ustanovah preprosto manj aktivni. Tako niti ne znajo živeti drugače ali pa dvomijo, da bi znali. Pri uporabnikih je bilo na sploh zaznati precejšno pasivnost pri odzivu. Nekateri so samo ležali na svojih posteljah in niti niso želeli, da bi jih nekdo motil.

Moje raziskovalno vprašanje se je glasilo, kako bi lahko uporabniki pričeli prevzemati v čim večji meri vlogo nad svojim življenjem in kako konkretno bi lahko h temu doprinesla skupščina. Kot smo dejali, je skupščina prostor, kjer uporabniki prosto govorijo (1. faza) ter so tako slišani in predvsem tako tudi lažje slišijo samega sebe. To je eden izmed načinov, s katerimi se zagotovo lahko pričena proces prevzemanja vloge nad svojim življenjem, saj slišati samega sebe pomeni tudi najti samega sebe ter biti s tem psihološko neodvisen. Psihološka samostojnost je tista, ki bo uporabnikom v prvi vrsti pomagala, da se lahko začnejo z osebjem pogovarjati tudi o razlogih za preselitev. Že na začetku pri pregledu problematike sem pisal o deinstitucionalizaciji kot odgovoru na to, da zavodi ne pomagajo pri psihološki osamosvojitvi uporabnikov.

Zaradi institucionalne nevroze Barton (1959) pravi, da uporabniki izgubijo stik z zunanjim svetom, saj so zaprti v zavodih, nimajo izhodov in so tako prepuščeni samemu sebi, resignirajo ter zanemarjajo stik s samim sabo. Na takšen način postopoma izgubljajo interes za svoje življenje in se sprijaznijo z nastalo situacijo. Četudi so se nekateri že sprijaznili, ne smemo dopustiti, da to postane praksa bodočih novih uporabnikov psihiatričnih storitev.

Skupščine so se dejansko razvijale po predvidenih fazah. Uporabniki, ki so prišli na skupščino, so sicer vedeli, zakaj sodelujejo na skupščini, vendar mnogi po moje zaradi nezadostnih izkušenj skupščine (še) niso znali uporabiti v svoj prid. Eni uporabniki so se bolj oglašali kot drugi. Vse skupščine so bile začetne, zato se je vse vrtelo okrog govora o težavah in različnih opisov stanja; do skupnih predlogov, ki bi peljali do bistvenih sprememb, pa doslej še ni prišlo.

To, kar smo ugotovili v raziskavi, kaže, da lahko skupščine pomembno prispevajo k večanju moči uporabnikov in s tem predvsem k procesu deinstitucionalizacije in vsemu, kar spada zraven (fizična oskrba, psihosocialni pristopi itd.).

Pomembno je, da bi deinstitucionalizacija pomagala pri večini problemov, ki so jih uporabniki navedli. Pri kategoriji duševnega zdravja bi deinstitucionalizacija pomagala z drugačno psihosocialno oskrbo, drugačno okolje ter priložnost za izkazovanje kompetentnosti in tako doseganje samostojnosti in še dodatno možnost za izboljšanje duševnega stanja z deinstitucionalizacijo. Pri kategoriji Izhodov bi omogočala ljudem izhode v vsakdanjem življenju. Očitno je, da vse probleme pri preselitvi lahko reši deinstitucionalizacija. Enako je z željo po svobodi in vrednotah.

Z drugačnim psihosocialnim pristopom, ki ga deinstitutionalizacija vključuje, bi lažje reševali probleme v kategoriji Zdravil. Več denarja, ki bi ga ob tem procesu za uporabnike ostalo, bi lahko namenjali alternativnim in socialno delavskim obravnavam ter vsem ostalim, ki pozitivno vplivajo na uporabnike oz. uporabniki samo presodijo, vidijo, kaj jim pomaga in kaj ne. Torej je bistvena samostojnost pri zdravih odločitvah in ustrezno svetovanje oz. pomoč pri temu, da lažje slišijo samega sebe.

Kategorija Življenje v zavodu bi seveda z deinstitutionalizacijo odpadla, stvari, ki jih v tej kategoriji obravnavajo, bi se spremenile, uporabniki pa bi imeli vpliv na kakovost svojega življenja.

Sklepi

Za glavno raziskovalno vprašanje sem si postavil vprašanje, kako krepiti moč uporabnikov v totalnih ustanovah skozi skupščine. Napisal sem že, da spremembe potekajo skozi tri faze. V prvi fazi, ki govori o težavah posameznika, je bilo dosti govora o tem, da se počutijo zaprti, da nimajo izhodov, in da se zaradi svoje duševne bolezni počutijo stigmatizirani. V drugi fazi je bilo največ govora o tem, kakšno je stanje v zavodu, kjer so poskušali opisati realnost. V tretji fazi načrtovanja akcij ali predlogov za rešitev so prišli do ideje, da bi skupščine ohranjali še naprej. Medtem so tudi izjavili, da si želijo nadaljnje prisotnosti študentov, ki jim lahko pri tem pomagamo in da nam bi zavod lahko povrnil stroške. Sam bi z veseljem tam še naprej opravljal prostovoljno delo in bom zagotovo tudi šel nazaj v institucijo Svetega Vasilija, Novi Bečej, Srbija.

Krepitev moči je mogoča tudi z boljšimi medosebnimi odnosi, z vključitvijo uporabnikov v skupščine, z vključenostjo v drugačne vrste zdravljenja, kar bi jih naredilo tudi bolj kompetentne pri zavedanju in vplivanju na svoje življenje. Delo socialnega dela je v tem, da se uporabnike posluša, upošteva, krepi njihovo moč in da se jih ne vidi kot duševno bolne, ampak kot posameznike z določenimi kriznimi obdobji v življenju, kot jih imajo vsi normalni ljudje. Družbeno je sprejemljivo, da človek stiske oz. probleme drži zase, medtem ko so "uporabniki" do tega bolj odprti in tako na nek način bolje prispevajo k reševanju svoje stiske. Večji problem je, ker stvarjem ne znajo priti do konca oz. jih okolica ne zna sprejemati oziroma v večini okolica sama ni sposobna razrešiti svojih notranjih težav (kar pomeni pomanjkanje znanja o teorijah duševnega zdravja v skupnosti, načinih opolnomočenja, zavestnosti kot načinu preseganja samega sebe ter možnosti skupne rasti v družbi). Pomemben koncept socialnega dela je, da se duševne bolezni ne stigmatizira, da se krepi moči uporabnikov in da upoštevamo jezik socialnega dela.

Od osebja si tudi želijo, da bi jih bolj spoštovali in jih obravnavali kot enakovredne subjekte. Tisti uporabniki, ki so se skupščin udeležili, pa so se doslej še premalo zavedali možnosti, ki bi jih lahko izkoristili za izboljšanje svojih bivanjskih pogojev. Menim, da gre za dolgotrajni proces, tako na strani uporabnikov, kot tudi na strani osebja. Uporabniki bi se morali postopoma osvoboditi pretirane odvisnosti od življenja v ustanovi, osebje pa občutka, da imajo nad uporabniki moč odločanja o tem, kako bodo uporabniki živeli in kakšnim normam se morajo pri tem podrediti. Je pa tudi res, da je deinstitutionalizacija proces, ki je odvisen tudi od politične volje družbe, v kateri institucija biva. Po podatkih, ki so nam bili na razpolago, pa pristojni v Srbiji o omenjenem vprašanju še niso dovolj informirani, zato se mi zdi, da kakšnih bistvenih premikov v bližnji prihodnosti še ni za pričakovati. Pomembno pa je, da so uporabniki in osebje o tem dobili osnovne informacije. Na ta način bodo imeli možnost izbire, ali se procesa lotiti ali pač še ne, predvsem pa je pomembno, da bi lahko uporabniki znali vzeti stvari v svoje roke.

Torej so skupščine deloma doprinesle h krepitvi moči uporabnikov, saj so si izbrali predstavnika uporabnika, ki ima povezavo z direktorjem, ter priložnost biti slišani, saj v frontalni postavitvi zaposlenih nasproti uporabnikov na njihovi terapevtski skupnosti to do sedaj ni bilo mogoče. Preko vzpostavljene skupščine so imeli uporabniki možnost izraziti tudi željo po večji duševni podpori, ki so jo z ustanovitvijo psihoterapevtske ekipe tudi dobili. Moj komentar bi bil, da je bila udeležba uporabnikov vidno premajhna ter tako predstavnik uporabnikov ni mogel predstavljati uporabnikov v širšem krogu.

Na skupščini se je tudi dogovorilo, da se bo uvedel svet stanovalcev, kjer se bodo poskušala reševati medsebojna nesoglasja med stanovalci ter da bodo na takšen način lahko delovali bolj složno ter kot ekipa, kar pa je vprašljivo zaradi slabe udeležbe.

Odgovor na mojo raziskavo je ugotovitev uporabnikov, da vztrajajo z izvajanjem skupščin, kar je pa zgolj začetek.

Sklep: povzel bi ključne ugotovitve raziskave, ki kažejo, da uporabniki bistvenih pripomb na bivanje v zavodu nimajo. Sprejeli so vse glede ustanove, razen dejstva, da morajo tam živeti, zato je deinstitutionalizacija glavna tema mojega raziskovanja.

Predlogi

Glede na ugotovitve raziskave menim, da bi se nekatere stvari dalo izboljšati. Potrebna bi bila podpora pri organizaciji uporabnikov ter boljše predpriprave na skupščino. Uporabniki bi morali biti bolj pripravljeni ter ozaveščeni o možnosti doseganja sprememb. Menim, da bi se dalo kaj storiti glede vedenja uporabnikov o tem, kakšna zdravila jemljejo in zakaj. Pretok informacij v tej smeri bi se zagotovo dal izboljšati. Osnovne informacije bi najbrž lahko podale tudi medicinske sestre ali pa bi imeli uporabniki vsak dan na voljo točno določeno uro, ob kateri bi se lahko pri pristojnem zdravniku pozanimali, kako in kaj, seveda pa bi morali tudi osebje znebiti občutka neke vrste vzvišenosti nad uporabniki in jih obravnavati kot enakovredne osebe vsaj v smislu izmenjave informacij, ki jih uporabnik želi. Menim, da so pri tem skupščine ustrezen način za razjasnitev takšnih potreb uporabnikov tudi v povezavi s pripombami o hrani, ki je po njihovih besedah enolična, kar bi se lahko spremenilo npr. podobno, kot so uporabniki že predlagali preko sveta stanovalcev zavoda glede izboljšanja medosebnih odnosov.

Glede samega življenja in bivanja v ustanovi pa bi mogoče prišel v poštev tudi model izmenjave znanja. Gre za model, ki izhaja iz dejstva, da je uporabnik strokovnjak z izkušnjo. Uporabnik prevzame vodenje ali nadzor nad določenimi stvarmi pri odločanju. Vloga osebja pri tem pa je, da uporabnika podpirajo s svojimi izkušnjami, ki jih imajo pri vodenju in opravljanju. Predpogoj za tako delovanje je, da so vloge med uporabniki in strokovnjakom jasno določene. Pri tem mora biti vloga uporabnika najpomembnejša, ta pa mora prevzeti tudi odgovornost za izvedbo določene naloge. Strokovnjaki oziroma strokovni delavci pa bi jim bili na voljo, če bi jih uporabniki potrebovali. Uporabniki in osebje bi se morali skupno dogovoriti, katere naloge bi s pomočjo uporabnikov lahko prevzeli uporabniki in katerih zaradi njihove specifičnosti ne bi mogli. Ne bi pa smel ta model zapasti v model delovanja, v katerem bi osebje preverjalo uporabnike pri njihovem delovanju, pač pa bi moral biti model tak, da bi uporabnik in osebje skupaj iskala načine, kako reševati obstoječo situacijo. Gotovo bi se dalo s takim modelom rešiti situacijo nezadostnega informiranja o zdravilih, izboljšanja medosebnih odnosov ter boljšega občutka, da uporabnik o svojem življenju odloča sam (Videmšek, 2012).

Zaključek (povzetek)

V času študija na fakulteti sem spoznal veliko različnih teorij, pristopov in drugih teoretičnih pogledov na posamezna področja socialnega dela. Ob tem pa sem se udeležil veliko praktičnih seminarjev, delal kot prostovoljec, sodeloval pri mnogih projektih, od katerih bi kot največjega med njimi omenil projekt izhoda iz institucij. Tako sem imel veliko priložnosti spoznati na eni strani teorijo ter na drugi prakso po posameznih področjih socialnega dela.

Opazil sem, da obstaja velika razlika v procesu normalizacije oz. procesu prevrednotenja vlog po posameznih državah, od npr. Švedske, Danske, Nizozemske, Avstrije, pa Srbije do Slovenije. Po dosednji praksi, ki sem jo imel priložnost doživeti, videti in spoznati, se v celoti strinjam z načeli normalizacije na teoretični ravni po eni strani, po drugi pa opažam, da se njihovo uvajanje v dejansko življenje oseb s posebnimi potrebami zelo razlikuje po posameznih deželah.

Menim, da bi bilo potrebno v procese normalizacije vlagati veliko več napora, socialne službe pa bi se morale organizirati tako, da bi v čim večji meri omogočale uporabnikom:

- da prevzamejo nadzor nad svojim življenjem;

- da v čim večji meri pridobivajo potrebne izkušnje, znanja ter spretnosti;

- da bodo imeli normalne možnosti za partnerski odnos;

- da bodo imeli priložnost razvijati sposobnosti za čim bolj samostojno in neodvisno življenje;

- občutek samozavesti ter lastne vrednosti;

- da bo socialna služba prilagodljiva in pregledna glede vlog in financiranja (Škerjanc, 1995: 404).

V Sloveniji na področju promocije in varovanja duševnega zdravja zaostajamo za razvitimi državami. Če se jim bomo hoteli približati, bomo morali:

- dati večji poudarek promociji in varovanju duševnega zdravja ter preprečevanju nastanka duševnih motenj;

- izboljšati dostopnost do služb za duševno zdravje in zmanjšati razlike med posameznimi regijami;

- povečati zavedanje o prepletenosti vsebin duševnega zdravja;

- vzpostaviti več sodelovanja med zdravstvenimi in drugimi delavci na primarni, sekundarni in terciarni ravni;

- dati več poudarka pri razvoju interdisciplinarne – psihosocialne obravnave duševnih motenj (Švab, 2011).

Zgoraj navedene strategije bodo pripomogle k boljšemu duševnemu zdravju in enakomernejši dostopnosti do storitev na področju duševnega zdravja po posameznih regijah, pri tem pa bodo razbremenile psihiatrične bolnišnice in njihovo osebje.

Ob zaključku dela bi želel poudariti še pojem vpliva na področju uporabniških gibanj, v okviru tega pa še posebej na področju duševnega zdravja. Ta vpliv se po eni strani povezuje z družbenim izključevanjem, po drugi pa s kakovostjo življenja. V odsotnosti tega vpliva, pridemo v situacijo, ko posameznik nima dostopa do dobrin, ki so sicer namenjene vsem v skupnosti. To je npr. možnost

zaposlitve, izobraževanja, partnerstva ipd.

Rezultat zgoraj navedenih aktivnosti in prizadevanj bo tudi v tem, da bodo te dobrine v večji meri dostopne tudi ljudem s težavami z duševnim zdravjem.

Pri opredelitvi pojma duševne bolezni izhajamo iz psihosocialnega modela, ki ne uporablja medicinskih diagnoz, pač pa kontekstualizirane opise problemov in stisk. Zaradi stigme, ki je v družbi še kako prisotna, uporabniki duševnega zdravja še dodatno trpijo. To njihove stiske le še povečuje. Zlasti obremenjuje tiste z izkušnjo psihiatrične hospitalizacije, saj so praviloma najbolj stigmatizirani. Za izboljšanje situacije lahko veliko naredimo z nenehnim izobraževanjem na vseh ravneh in pri vseh starostih ter z večjo vključenostjo uporabnikov v družbo. Pri tem je pomembno, da ima poslušal za kakovostno ohranitev duševnega zdravja s sprejetimi programi tudi država, v kateri živimo.

Ne glede na to, o kakšni vrsti zagovorništva govorimo, je vsem naštetim in opisanim v tem delu skupno to, da predstavljajo temeljno obliko krepitev moči, saj je zagovornik praviloma prva oseba, s katero se uporabnik duševnega zdravja sreča, ko prične s procesom krepitev moči. Zagovornik je običajno tudi prva oseba, ki začne skrbeti za uporabnikove pravice, interese in koristi. Prav tako je vpet tudi v druge oblike krepitev moči. Zato je po mojem mnenju v procesu krepitev moči tudi najpomembnejše orodje. Seveda pa slednje ne pomeni, da se je potrebno z institutom zagovornika zadovoljiti. Nasprotno. Potrebno je iskati vedno nove načine, možnosti in oblike delovanja za izboljšanje duševnega zdravja uporabnikov, saj nam le to prinaša resnični napredek.

Pri tem pa v skrbi za uporabnika, ki je šibkejša stranka v tem razmerju, ne smemo pozabiti, da so poleg formalno izpolnjenih kriterijev za zagovornika pomembni tudi tisti, ki jih ima kot človek. O tem zanimivo razmišljata David in Altea Brandon. Pravita takole: Kakšne spretnosti mora imeti tisti, ki se nam bo pomagal ozreti na naše življenje in vzpostaviti potrebne povezave z ustreznimi službami (načrtovalec skrbi)? Imeti mora naslednje spretnosti in osebne lastnosti:

- poslušanje;
- komuniciranje;
- toplina;
- odprtost in navezovanje;
- da pomaga ponovno pridobiti ali sestaviti vizijo;
- izogiba se klientiziranju;
- razume sisteme;
- pogajanje;
- evalvacija in spremljanje.

Načrtovalec skrbi vsepovsod išče podatke in možne vire. Potrebuje precej spretnosti, da vse te podatke zbere, jih obdela in prenese uporabniku ali njegovi družini. Sposoben mora biti prevajanja iz strokovnega žargona v vsakdanji jezik.

Dobro poslušanje je redko, a večina ga potrebuje. Potrebujemo občutek, da se je nekdo postavil vsaj začasno v drugi plan, da bi prisluhnil, kaj imamo povedati o svojem življenju. Poslušalec nas hkrati sliši in razume. Ima hkrati jasne in naivne misli. Daje nam čas in priložnost, ki jo potrebujemo.

Zlasti pa mora strastno verjeti, da ima vsak človek pravico in sposobnost odločati o svojem življenju (Brandon, 1994: 33–35).

Uporabljena literatura

-   Barton, W. R., (1959): Institutional Neurosis, John Wright & Sons, Bristol.
-   Basaglia, F., (1968): L'instituzione negata. Milano, Baldini, Castoldi Dalai.
-   Becker, H. S., (1973): Outsiders: Študij sociologije deviantnosti. New York. Free Press.
-   Beresford, P., Croft, S. (1993): Citizen involvement: A practice guide for change. London Macmillian Press.
-   Boškić, R., (2005): Kakovost življenja, jezik in družba, krepitev moči – Kritična presoja koncepta, Letnik XXI 48: 177–194.
-   Brandon, D., Brandon, A., (1988): Putting People first, Good Impressions Publishing Limited.
-   Brandon, D. (1990): Pet principov normalizacije. Ljubljana. Visoka šola za socialno delo.
-   Brandon, D., Brandon, A., (1992): Praktični priročnik za delo z ljudmi s posebnimi potrebami. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo in PEF.
-   Brandon, D. (1993): Pet principov normalizacije. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
-   Brandon, D., Brandon, A., (1994): Jin in Jang načrtovanja psihosocialne skrbi, Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
-   Chamberlin, J. (1977): On our Own. London, Mind.
-   Coleman, L., (1999): Stigma razkrita – enigma. V: Nastran Ule, M. (ur): Predsodki in diskriminacije. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
-   Cooper, D. (1967): Psychiatry and anti-psychiatry. London, Paladin
-   Day, P. R., (1981): Social Work & Social Control, London: Tavistock Publications
-   Della Porta, D., (2003): Temelji politične znanosti. Ljubljana: Sophia.
-   Dekleva, B. (ur). (1993): Življenje v zavodu in potrebe otrok – Normalizacija. Ljubljana, Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti.
-   Denckler, K., (1992): The closure of a mental hospital in Sweden – Long term care patients and nursing staff acingre location: University of Goteborg (doktorska disertacija).
-   Dragoš. S., Leskošek, V., Petrovič-Erlah, P., Škerjanc, J., Urh, Š., Demšar-Žnidarec, S. (2008): Katalog socialnega dela. Krepitev moči: Fakulteta za socialno delo.
-   Durkheim, E., (2009): Vzgoja in sociologija. Ljubljana. Založba Krtina.
-   Estroff, S. E., (1981): Making it Crazy. Berekly: University of California Press
-   Erikson, K. T., (1957): Patient Role and Social Uncertainty – A Dilemma of the Mentaly III. Psychiatry 20, 3: 263–274.

- 📖📄🔍 Foucault, M., (1998): Zgodovina norosti v dobi klasicizma. Ljubljana: Založba/*cf.
- 📖📄🔍 Flaker, V., (1994): Analiza tveganja. Socialno delo 33, 3: 189–196. Ljubljana,
- 📖📄🔍 - (1995): Vprašanje vloge duševnega bolnika. V: Načrtovanje razvoja psihosocialnih služb na podlagi potreb ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami na področju Republike Slovenije (končno poročilo). Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- 📖📄🔍 - (1998): Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov: Založba/*cf.
- 📖📄🔍 - (2001): Kaj je duševno zdravje v skupnosti. Zdrav. vars. 40 (1–2), 69–73.
- 📖📄🔍 - (2004): Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja. Živeti s težavami v duševnem zdravju. Ljubljana: Ozara Slovenije.
- 📖📄🔍 - (2012): „Kratka zgodovina deinstitucionalizacije v Sloveniji“. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo, XXXIX, 250, 13–30.
- 📖📄🔍 Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., Urek., (2008): Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- 📖📄🔍 Flaker, V., Rafaelič, A., Bezjak, S., Ficko, K., Grebenc, V., Mali, J., Ošlaj, A., Ramovš., Ratajc, S., Suhadolnik, I., Urek, M., Žitek, N. Izhodišča deinstitucionalizacije v Republiki Sloveniji – ločeni operativni, Ljubljana, 2015
- 📖📄🔍 Flaker, V. In Urek, M. (ur.), Hrastovski anali za leto 1987, RK ZSMS, Ljubljana 1988, str. 73–173
- 📖📄🔍 Flaker, V., Urek, M., Škerjanc, J., Oreški, S., Kobal, B., Nagode, M., Jakob, P., Rafaelič, A., Mali, J., Cigoj-Kuzma, N., (2009): Formalni in strokovni okviri za uvajanje in izvajanje Zakona o duševnem zdravju. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo in Fakulteta za socialno delo.
- 📖📄🔍 Friedman, J., (1992): Empowerment: Politics of Alternative Development, London: John Wiley and Sons Ltd.
- 📖📄🔍 Goffman, E., (1988): Azil (povzetek) V: Flaker, V., Urek, M., (ur.): Hrastovski anali za leto 1987, RK ZSMS; Ljubljana: str. 73–173.
- 📖📄🔍 Goffman, E., (2008): Stigma – Zapiski o upravljanju poškodovane identitete. Maribor: Aristej
- 📖📄🔍 Gošte, N. (2004): Uresničevanje načel normalizacije v stanovanjskih skupinah Šent. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo (diplomsko delo).
- 📖📄🔍 Haralambos, M., Holborn, M., (2005) Sociologija: teme in pogledi. Ljubljana DZS.
- 📖📄🔍 Holec, D., Rovšek, M., Žerdin, T., (1999): Naš zbornik, leto 1999, 32, 4. Ljubljana: Zveza Sožitje.
- 📖📄🔍 Jeriček Klanšček, H. et al., (2009): Sklepne ugotovitve. In: Jeriček Klanšček, H., et al. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

- 📄📁🔍 Kamin, T. et al., (2009): Duševno zdravje prebivalcev Slovenije, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- 📄📁🔍 Kapelj, M., Smonker, T., (2005): Skupnostna skrb na področju duševnega zdravja na Krasu. Sežana: Društvo za duševno zdravje in preživljanje prostega časa Vezi.
- 📄📄🔍 Laing, R. D, (1969): Self and Others. London, Penguin
- 📄📄🔍 Lamovec, T., (1988): Priročnik za psihologijo motivacije in emocij. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- 📄📄🔍 Lamovec, T. (1993): Zagovorništvo v ustanovah duševnega zdravja. Ib revija 27 (5–6): 3–7.
- 📄📄🔍 Lamovec, T., (1995): Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Ljubljana: Lumi, d. o. o.
- 📄📄🔍 Lamovec, T., (1997): Črno na belem, sociološki problem izključevanja: Franco Basaglia. Altra: časopis za novosti v duševnem zdravju 2, 1.18.
- 📄📄🔍 Lamovec. T., (1998): Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- 📄📄🔍 Lamovec, T., (1999): Kako misliti drugačnost. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- 📄📄🔍 Lapajne, G., (2011): Zagovorništvo v duševnem zdravju in institut zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (magistrska naloga).
- 📄📄🔍 Leskošek, V. (2010): Socialno izključevanje. Gradivo za kolokvij – praksa 1. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo.
- 📄📄🔍 Leskošek, V., Hrzenjak, M., (2002): Spremenjene vloge nevladnih organizacij. Mirovni inštitut: Inštitut za sodobne družbene in politične študije.
- 📄📄🔍 Fakulteta (diplomska naloga). Ana Petrič, Renata Štopfer, Petrič, M, Štopfer, R (2014): Usmeritve za delo z osebami z demenco na področju institucionalnega varstva starejših – načela. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga)
- 📄📄🔍 Mali, J. et al., (2011): Socialno delo z osebami z demenco. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo.
- 📄📄🔍 Flego M., Sorta H., Orel K., (2012), časopis za kritiko znanosti (št. 250 -4/4): Proces dezinstucionalizacije in odprava prisile v posebnih socialnih zavodih; primer socialno varstvenega zavoda Dutovlje.
- 📄📄🔍 Mesec, B., (1997), Metodologija raziskovanja v socialnem delu I. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- 📄📄🔍 Mosher Loren, R. (1989): Community Mental Health. Ontario: Penguin Books.
- 📄📄🔍 Nirje, B. (1980): The normalization principle, v knjigi: Flynn, R. J: and Nitsch, K.E. (Eds.) Normalization, integration and comunitiy services. Baltimore: University Park Press.

- ☞📄🔍 Odločba ustavnega sodišča U-I 294/2012 z dne 10.6. 2015: Uradni list RS št. 46/2015 z dne 26. junij 2015.
- ☞📄🔍 Oliver, M. (1993): The politics of Disablement. London: Macmillian Press
- ☞📄🔍 Oliver, M. (1996): Understanding Disability. Macmillian Press LTD. Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London.
- ☞📄🔍 Oreški, S. (2008): Medijske podobe duševnega zdravja in njihovi učinki na družbene prakse. Socialno delo, Letnik 47 št. 3–6.
- ☞📄🔍 Pelicon, M. (1999): Skupine za samozagovorništvo oseb z motnjami v duševnem razvoju v Centru Dolfke Boštjančič, Draga. Socialno delo, letnik 38. št. 3. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- ☞📄🔍 Petrovec, D., (2015): Nasilje pod masko, Ljubljana: Založba Sanje.
- ☞📄🔍 Pišljarič, M., (2014): Primer partnerske uporabniške organizacije na Švedskem. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- ☞📄🔍 Pravilnik o opravljanju izpita ter izbiri in vlogi zastopnika pravic na področju duševnega zdravja: Uradni list RS št. 49/2009 z dne 29. junij 2009.
- ☞📄🔍 Rafaelič, A., (2015): Pomen povezovanja in vključevanja pri oskrbi po meri človeka in procesih deinstitutionalizacije, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (doktorska disertacija).
- ☞📄🔍 Ramon, S., (2003): Osrednja vloga deinstitutionalizacije v socialnem delu in izobraževanju za socialno delo. Socialno delo, 42, 4/5, 211–218.
- ☞📄🔍 Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (Ur. List RS, št. 39/ 2013 z dne 6. maja 2013.
- ☞📄🔍 Rose, D., Lucas, J., (2007): The Users and survivor movements in Europe. V Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care, ur. D. Martin Knapp, E. M. McDaid, in T. Graham, 336–355. Maidenhead, Open University Press.
- ☞📄🔍 Saleebey, D., (1997): The strengths perspective in social work practice. New York: Longman.
- ☞📄🔍 Schafer, T. (2002): Promoting Users Empowerment in Mental Health: A participatory research Project. Cambridge: Anglia Polytechnic University (doktorska disertacija).
- ☞📄🔍 Scheff, T. (1966): Being mentally ill. New York: Garden City.
- ☞📄🔍 Solomon, B. B., (1976) Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities. New York: Columbia University Press.
- ☞📄🔍 Somerville, P., (1998): Empowerment Through Residence. Urban studies, XIII; 2: 233–257.
- ☞📄🔍 Splošna deklaracija o človekovih pravicah (1948): Dostopno na: <http://www.unhcr.ch/udhr/lang/slv.htm> (25. julij 2016).

- ☞📄🕒☼ Strbad, M., Švab, V., (2005): Stigmatizacija in psihiatrija. Medicinski razgledi: 44: 147–154.
- ☞📄📄☼ Szasz, T., (1972): The Myth of Mental Illness. London, Paladin.
- ☞📄👤☼ Szasz, T., (2013): Kraja človeka: Ljubljana, Umko.
- ☞📄👤☼ Švab, V., (2009): Duševna bolezen in stigma. Ljubljana: Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje.
- ☞👤📁☼ Švab, V., (2011): Skupnostna psihiatrija. Ljubljana.
- ☞👤📁☼ Škerjanc, J., (1995): Proces samoorganiziranja ljudi s posebnimi potrebami. Socialno delo, letnik 34, št. 6.
- ☞👤📄☼ Škerjanc, J., (1996): Zgodba o ekologiji in moči, Socialno delo, letnik 35, št. 4, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- ☞👤📄☼ Škerjanc, J., (2004): Individualizacija socialno varstvenih storitev in njen vpliv na kakovost življenja uporabnikov. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. (magistrsko delo)
- ☞👤📄☼ Škerjanc, J., (2006): Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev pri zagotavljanju socialno varstvene storitve. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje.
- ☞👤📄☼ Škerjanc, J. (2010), Individualizacija storitev socialnega varstva. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- ☞👤🕒☼ Ule, M., (2000): Temelji socialne psihologije. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- ☞👤📄☼ Videmšek, P. (2011): Vpliv ljudi s težavami v duševnem zdravju na delovanje skupnostnih služb za duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (doktorska disertacija).
- ☞👤👤☼ Videmšek, P., (2012a): Uporabniško raziskovanje kot produkcija znanja. Socialno delo, 51, 1/3, 115–125.
- ☞👤👤☼ Videmšek, P., (2012b): Vloga uporabniških gibanj pri spreminjanju vpliva uporabnikov. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo, antropologijo, letnik XXXIX; 250, str.106–115. Ljubljana, Študentska založba.
- ☞👤📁☼ Videmšek, P. (2013): Iz institucij v skupnost, Ljubljana, Fakulteta za socialno delo.
- ☞👤📁☼ Wolfensberger, W., (1983): Passing: Program analysis of service systems implementation of normalization goals. Downsview. National institute of Mental Retardation.
- ☞👤📄☼ Wolfensberger, W. (1985): Social Role Valorisation: A new Insight and a New Term for Normalisation. Australian Association for Mentally Retarded Journal., 9(1) 4-11.
- ☞👤📄☼ Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr): Uradni list RS št. 77/2008 z dne 28. julij 2008.
- ☞👤📄☼ Zaviršek, D., et al., (2002): Inovativne metode v socialnem delu. Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje. Ljubljana: Študentska založba.

Priloga A - Izjave

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(C6) Ne treba nam pričat samo o ružnim stvarima	Želja po pozitivnejši atmosferi	Življenje v zavodu	Odnosi
(B5) Hoću da mi tražite brata	Uporabnik/ica išee brata	Družina	Opis stanja
(B7) Ja imam djecu u inostranstvu	Otroci v tujini	Družina	Opis stanja
(A7) Ovde sam tu od prošle godine. Prihaja do verbalnih sukova – pasivna agresija.... Nijerazvrsteno po bolesti.	Verbalno nasilje, ne glede na vrste bolezni	Duševno zdravje	Opis stanja
(C12) Neki ljudi krađeju zbog svoje bolesti	Kraja kot posledica bolezni	Duševno zdravje	Opis stanja
(D1) Mi nismo duševno bolni	Niso bolni	Duševno zdravje	Opis stanja
(E15) treba mi mir, da sem sama	Želja po miru	Duševno zdravje	Opis stanja
(F5) Nismo toliko ljudi	“Nismo tako nori”	Duševno zdravje	Opis stanja
(A8) Kad sam dobio prvi izlaz sam biopresrečan...	Presrečnost ob prvem izhodu	Izhodi	Opis stanja
(B4) Dobro nam je ovde, imamo sve, samo izlazkenemamo	Pomanjkanje izhodov	Izhodi	Opis stanja
(A9) Ja mislim, da je malo problem adaptacije.	<i>Problem medosebnega prilagajanja</i>	<i>Odnosi med uporabniki</i>	<i>Opis stanja</i>
(A20) e nema agresivnih pacienta nema agresivnih zaposlenih	Neagresivnost	<i>Odnosi med uporabniki</i>	Opis stanja
(C11) Meni je strašno žao da so nekateri sebični.	Sebičnost uporabnikov	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(D17) Moramo poslušati kako nekdo govori, da je predsednica Jugoslavije.	Vsiljiva uporabnica	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(C10) Prisutna je pasivna agresija, napadaju za kafo I cigare.	Prisotnost pasivne agresije	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(C2) Korisnici se volem o I slažemo.	Medosebna složnost uporabnikov	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(E9) Više tolerance sa strani radnica do koristnica (da lepše odgovorijo i da se ne derejo za brezveze)	Toleranca osebja do uporabnikov	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
(E13) Osebje ne ceni koristnica	Nespoštovanje osebja do uporabnikov	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
(A14) Mi se naporno obnašamo prema njima . Tudi oni su ljudi sa svojim problem.	Naporno obnašanje uporabnikov do osebja	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
(B13) Direktorica kaže moji majki, da mogu da izadžem pod njenim uslovom.	Dovoljen izhod pod dovoljenjem matere	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(B14) Oni mislijo da ja èupobeèi (pobegniti).	Begosumnost	<i>Odnosi med uporabniki in osebjem</i>	Opis stanja
(A13) Odnos osebja je odlièan bez obzira na to, da so jim srezaliplate	Odlièen odnos osebja ne glede na nižje plaèe	<i>Odnosi med uporabniki in osebjem</i>	Opis stanja
(E2) Doktor nas mora cjeniti tako kako mi cjenimo njih	Nespoštovanje uporabnikov iz strani farmacevtov	<i>Odnosi med uporabniki in osebjem</i>	Opis stanja
(C3) Radniki nemajo vremena da slušajo naše probleme	Pomanjkanje angažmaja iz strani osebja	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
(B13) Direktorica kaže moji majki, da mogu da izadžem pod njenim uslovom.	Izhod pod dovoljenjem matere	Preselitev	Opis stanja
(A4) Prilika da se zahvalim svim što sam dobila slobodo, kuham, perem,... Zahvala	Zahvala	Preselitev	Opis stanja
(A5) u kućicama nema maltretiranja...	Ni maltretiranja v hisici	Preselitev	Opis stanja
(A2) Mladen: Deinstitutionalizacija je gasit institucijo. Svi ljudi se preselijo u kućice	Zapiranje institucije	Preselitev	Opis stanja
(A3) Dobila sam priložnost da živim u kućici..	Svobodno življenje	Preselitev	Opis stanja
(B2) Imam 2 stana	Ima 2 stanovanja	Preselitev	Opis stanja
(A16A) Pijemo puno lekova, smeta mi, da prek jutra spavam zbog lekova,... ostane mi samo popoldne, večer,...	Prekomerno spanje zaradi zdravil	Zdravila	Opis stanja
(B8) Zbog terapije sam mirna	Mirne posledice terapije	Zdravila	Opis stanja
(C9) Bitno u ovoj domu je, da so svi bolesni i pijejo psihiatrièke lekove. Svi ovde su došli.	Vsi bolni konzumirajo zdravila	Zdravila	Opis stanja
(E18) Ja sam dobila za kaznu lijekove koji niso za moju dijagnozu. Jel je ovo istina? Istina je istina.	Napaèna zdravila kot naèin kaznovanja	Zdravila	Opis stanja
(F1) Neznamkojelekove pijemo	Nepoznavanje zdravil	Zdravila	Opis stanja
(F2) Na poèetku ekovinisobili dobri a sad so bolji, a za nas niso dobri.	Boljša a še vedno nezdrava zdravila	Zdravila	Opis stanja
(F3) Kazali so samo, da bude koristni (lekovi).	Nepoznavanje zdravil	Zdravila	Opis stanja
(F4) Uspavajo nas z jako terapijo – jako lekova.	(Pre)Moèna terapija	Zdravila	Opis stanja
(F6) Pola lekova znam, pola lekova neznam	Polovièno poznavanje zdravil	Zdravila	Opis stanja

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
<i>(A11) Izmedu korisnika odnosi niso loše zbog bolesti, veče lokacije.</i>	Slabi odnosi zaradi lokacije	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A21) teški bolezniki smrde,.. I prostori za intenzivno nego	Problem smradu	Življenje v zavodu	Opis stanja
(E10) Neki se ne držijo kučnog reda	Neupoštevanje hišnega reda	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A17) tu sam se popravila, u knježevcu ne postupajo dobro (tukla sta me dva tehničara)	Boljši zavod kot prejšni	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A19) u domu se mnogo krade...	Kraje v zavodu	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A19a) imamo kamere	Video nadzor	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C1) Ovde nije dom ampak bolnica	Zavod ni dom, je bolnica	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C8) U domu je lose	V domu je slabo	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C14) Imamo obvezo, da skrbimo za higieno iI rad (koliko zmoremo), imamo radno terapijo	Skrb za higieno kot delovna terapija	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C15) Domska džaparac dobijo svi, radnidžaparac dobijo oni kojiradijo.	Domska žepnina za vse, delovna samo za delavce	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D2) Slaba kvaliteta življenja	Slaba kvaliteta življenja	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D8) Jaz bi povedala nekaj lepega. Moji cimri so mi rešili življenje, ko so poklicali medicinsko sestro.	Reševanje življenja	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D10) Jaz mislim, da veliko dogovarjanja lahko privede do veliko problemov.	Veče dogovarjanja, prinese več problemov	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D11) Imamo delovne obveze, delovno terapijo. Zmeraj je neka akcija.	Delovne terapija v zavodu	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D15) Tisti ki delamo, imamo delovno žepnino.	Delovna žepnina	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D16) Ko sem bila nepokretna, sem imela problem z enim uporabnikom – davil me je. Samo ena oseba je ukrepala.	Pomankljivo ukrepanje ob nasilju	Življenje v zavodu	Opis stanja
(E14) Između nas je svaki našeo nekog koji mu pomože: meni Milan pomože da idem na šetnju jer sama nemogu	Spremstvo	Življenje v zavodu	Opis stanja
(E6) Jedemo hrano ki je kao za bebe ali nemožeš, da se najedeš a mi nimamo pare i izlaska da si kupe više in bolje hrane (vuče, sladkiš..)	Problematika neustrezne prehrane	Življenje v zavodu	Opis stanja
(F8) Svaki dan imamo terapijsko zajednico od 15:00-18:00	Redna terapijska skupina	Življenje v zavodu	Opis stanja

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(F9) Radni terapevti kažejo da ideje so name do lekarja	Delovni terapevti kot spremstvo uporabnikom do lekarne	Življenje v zavodu	Opis stanja
(F10) Ja imam papir na kojem so sve informacije, šta pijem za doručak, ručak i večer	Informiranost uporabnika o prehrani	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A10) svi smo tu malo više I malo manje bolešni....	Različne stopnje bolezni	Duševno zdravje	Opis stanja
(E3) Kako naj se izboljšajo odnosi ako ima ovde puno različnih bolesti i toliko lekova	Teško medosebno okolje uporabnikov	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(A6)Na drugomodeljenju nema nikakve slobode –	Ni svobode	Svoboda	Opis stanja
(B12) Imamo djece (sestre, sinove, vnuke,..) želimo, da nas posjete.	Želja po obiskih	Družina	Predlogi za rešitev
(D6) Meni se zdi, da je pravi človek ta, ki lahko zatrese človekovo dušu.	Prodreti do duše kot pravi terapijski pristop	Duševno zdravje	Predlogi za rešitev
E(8) Vi možete nam pomoći samo tako, da nas prihvatite take kakvi smo	Potreba po sprejemanju	Duševno zdravje	Predlogi za rešitev
(A10a)Treba razgovarati brez obzira na bolest???	Pogovor ne glede na vrste bolezni	Duševno zdravje	Predlogi za rešitev
(B11) Želeli bi izlaska	Želja po izhodu	Izhodi	Predlogi za rešitev
(C5) Mi jako malo izlazimo iz kruga doma I to mi jako smeta. Treba da budemo u kontaktu s svetom.	Več kontakta z zunanjim svetom	Izhodi	Predlogi za rešitev
(E12) Pomoć drug drugima	Medsebojna pomoć	Odnosi med uporabniki	Predlogi za rešitev
(C2A) Treba je da se ponašamo kao jedna ekipa.	Nujnost kolektivnega delovanja	Odnosi med uporabniki	Predlogi za rešitev
(E11) Više poštovanja i manje konflikta	Medsebojno spoštovanje	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev
(A12) Potrebno se je pogovarjati, ker ima vsak kaj za povedati.	Potreba po pogovarjanju je rešitev	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev
(D5A) S pogovorom se rešujejo problemi.	Pogovor je rešitev	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev
(G1)Problem je što lekari nemaju poštovanja s strani pacijenata	Nespoštovanje uporabnikov do osebja	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev
(D9)Uporabniki izgledamo kot da se razumemo, vendar temu sploh ni tako. Jaz bi želela, da se razumemo in delamo kot tim.	Resnično, a ne navidezno razumevanje	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev
(A1) u planu je, da se svi preselimo	Preselitev uporabnikov	Preselitev	Predlogi za rešitev

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(A18) <i>želim da postanem, član skupštine</i>	<i>Želja po članstvu skupšćine</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
(C13) <i>Trebali bi imeti predstanika stanara i predstanika skupštine</i>	<i>Predstavnik uporabnikov</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
(D4) <i>Da se na skupščini določi direktorja skupšćine, ki bi bil v navezi z direktorico.</i>	<i>Določitev direktorja skupšćine</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
(D14) <i>Da bi imeli predstavnika stanovalcev in predstavnika skupšćine.</i>	<i>Predstavnik uporabnikov</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
(G2) <i>Treba da ima podpurno slobodo (predstavnik skupšćine)</i>	<i>Potrebna podpora predstavniku skupšćine</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
(G3) <i>Ja mislim da bi bilo bolje da je prestanik od ovde</i>	<i>Lokalnost predstavnika skupšćine</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
(G4) <i>Vez izmedžu direktora I korisniki za skupšćino</i>	<i>Vez med uporabniki in direktorico</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
(G5) <i>Pomembno je da korisniki I socialni radnici ostanaju u kontaktu (preko skupšćin)</i>	<i>Sodelovanje uporabnikov</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
(E5) <i>Nek se sestavi neki mali odbor koji bi radio na nekima problemima (hrane)</i>	<i>Pobuda za odbor</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
(A15) <i>ŽELIMO DA SKUPŠTINE OSTAJO!</i>	<i>Ohranitev skupšćin</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
(A15a) <i>Može da uradimo peticijo (glasajo ZA)</i>	<i>Peticija za ohranitev skupšćin</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
(A15b) <i>Želimo da vam direktorka plati put, da dodžete na skupštine.</i>	<i>Plačevanje direktorice za prevoz študentov na skupšćine</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
(A6a) <i>Na drugomodeljenju nema nikakve slobode – to treba, da se popravi</i>	<i>Potreba po izboljšanju</i>	Svoboda	<i>Predlogi za rešitev</i>
(B6) <i>Želim da sam slobodna, da ne budem ovde</i>	<i>Želja po svobodi</i>	Svoboda	<i>Predlogi za rešitev</i>
(D12) <i>Ker je to socialna ustanova, je treba ljudem pomagati da živejo sami.</i>	<i>Socialna ustanova kot posrednik pri samostojnosti</i>	Svoboda	<i>Predlogi za rešitev</i>
(B10) <i>Filozofska misel: živjeti dostojanstveno ljudski život</i>	<i>Želja po dostojanstvenm življenju</i>	Vrednote	<i>Predlogi za rešitev</i>
(D13) <i>Ljudje se morajo boriti za svoje pravice v življenju.</i>	<i>Potrpa bo borbi za pravice uporabnikov</i>	Vrednote	<i>Predlogi za rešitev</i>
(B9) <i>Manj lekova</i>	<i>Manj zdravil</i>	<i>Zdravila</i>	<i>Predlogi za rešitev</i>
(E1) <i>Shvađamo se zbog cigara ali ako bi mi mogli to kupiti mislimo, da bi se toleranca zvišala</i>	<i>Već cigareto, već tolerance</i>	<i>Življenje v zavodu</i>	<i>Predlogi za rešitev</i>

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(C7) Meni bilo je super kad sam stigla, a volela bi da se oslobodim ovih loših misli – volela bi da se jih osvobodi.	Neznanje po osvobajanju od slabih misli	Duševno zdravlje	<i>Težave posameznika</i>
(C4) Mislim da se ljudi tu boriyo sami za sebe, šta jim je teško na duši.	Notranje borbe	Duševno zdravlje	Težave posameznika
(E4) Neki dan kad sam pala mi nikonijepomagao vsi so se samo smijali	<i>Zasmehovanje uporabnice</i>	Odnosi med uporabniki	<i>Težave posameznika</i>
(D5) Lažje je vsem, ker ne rabijo oni (osebje) razmišljati o nas, paè pa mi o sebi.	Psihološka odvisnost od samega sebe	Odnosi med uporabniki in osebjem	Težave posameznika
(B1) Želim kuæi	Težnja k domu	<i>Svoboda</i>	Težave posameznika
(A16) Pred 20 dnevi sem bio u knježevcu, pa su mi zmanjili dozo,.. ovde mi je ne.	Nezmanjšanje zdravlil	Zdravila	Težave posameznika
(E7) dobivam lekove koji niso za moju diagnozo	Neustreznost zdravlil	Zdravila	Težave posameznika
(F7) Meni ne odgovora da spavam cijelo noć	Neodgovarjanje prekomernega spanja	Zdravila	Težave posameznika
(E16) Rada bi otišla u prodanico jer me jako nervira da nemogu sama	Brez pravice do samostojnega kupovanju	Življenje v zavodu	Težave posameznika
(E17) Napravili so me za lopova jer je nešto izginilo sa sobe.	Obtožena kraje	Življenje v zavodu	Težave posameznika
(B3) Prevario me socialni radnik I me stavio ovde.	Prevaranost uporabnika s strani SD	<i>Življenje v zavodu</i>	Težave posameznika

Priloga B - Intervjuji

Intervju	Zap_izj		Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
A	1	(A1)	(A1) u planu je, da se svi preselimo	Preselitev uporabnikov	Preselitev	Predlogi za rešitev
A	2	(A2)	(A2) Mladen: Deinstitutionalizacija je gasit institucijo. Svi ljudi se preselijo u kućice	Zapiranje institucije	Preselitev	Opis stanja
A	3	(A3)	(A3)Dobila sam priložnost da živim u kućici..	Svobodno življenje	Preselitev	Opis stanja
A	4	(A4)	(A4) Prilika da se zahvalim svim što sam dobila slobodo, kuham, perem,.. Zahvala	Zahvala	Preselitev	Opis stanja
A	5	(A5)	(A5) u kućicama nema maltretiranja...	Ni maltretiranja v hisici	Preselitev	Opis stanja
A	6	(A6)	(A6)Na drugomodeljenju nema nikakve slobode –	Ni svobode	Svoboda	Opis stanja
A	6	(A6a)	(A6a) Na drugomodeljenju nema nikakve slobode – to treba, da se popravi	Potreba po izboljšanju	Svoboda	Predlogi za rešitev
A	7	(A7)	(A7) Ovde sam tu od prošle godine. Prihaja do verbalnih sukova – pasivna agresija.... Nijerazvrsteno po bolesti.	Verbalno nasilje, ne glede na vrste bolezni	Duševno zdravje	Opis stanja
A	8	(A8)	(A8) Kad sam dobio prvi izlaz sam biopresrećen...	Presrečnost ob prvem izhodu	Izhodi	Opis stanja
A	9	(A9)J	(A9)Ja mislim, da je malo problem adaptacije.	Problem medosebnega prilagajanja	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
A	10	(A10)	(A10) svi smo tu malo više I malo manje boleštni....	Različne stopnje bolezni	Duševno zdravje	Opis stanja
A	10	(A10a)	(A10a)Treba razgovarat brez obzira na bolest???	Pogovor ne glede na vrste bolezni	Duševno zdravje	Predlogi za rešitev
A	11	(A11)	(A11) Između korisnika odnosi niso loše zbog bolesti, već lokacije.	Slabi odnosi zaradi lokacije	Življenje v zavodu	Opis stanja
A	12	(A12)	(A12) Potrebno se je pogovarjati, ker ima vsak kaj za povedat.	Potreba po pogovarjanju je rešitev	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev

Intervju	Zap_izj		Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
A	13	(A13)	(A13) Odnos osebja je odličan bez obzira na to, da so jim srezali plate	Odličen odnos osebja ne glede na nižje plače	<i>Odnosi med uporabniki in osebjem</i>	Opis stanja
A	14	(A14)	(A14) Mi se naporno obnašamo prema njima . Tudi oni su ljudi sa svojim problem.	Naporno obnašanje uporabnikov do osebja	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
A	15	(A15)	(A15) ŽELIMO DA SKUPŠTINE OSTAJO!	Ohranitev skupščin	Skupščina	Predlogi za rešitev
A	15	(A15a)	(A15a) Može da uradimo peticijo (glasajo ZA)	Peticija za ohranitev skupščin	Skupščina	Predlogi za rešitev
A	15	(A15b)	(A15b) Želimo da vam direktorka plati put, da dodžete na skupštine.	Plačevanje direktorice za prevoz študentov na skupščine	Skupščina	Predlogi za rešitev
A	16	(A16)	(A16) Pred 20 dnevi sem bio u knježevcu, pa su mi zmanjili dozo,... ovde mi je ne.	Nezmanjšanje zdravil	Zdravila	Težave posameznika
A	16	(A16A)	(A16A) Pijemo puno lekova, smeta mi, da prek jutra spavam zbog lekova,... ostane mi samo popoldne, večer,...	Prekomerno spanje zaradi zdravil	Zdravila	Opis stanja
A	17	(A17)	(A17) tu sam se popravila, u knježevcu ne postupajo dobro (tukla sta me dva tehničara)	Boljsi zavod kot prejsni	Življenje v zavodu	Opis stanja
A	18	(A18)	(A18) želim da postanem, član skupštine	<i>Želja po članstvu skupščine</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>
A	19	(A19a)	(A19a) imamo kamere	Video nadzor	<i>Življenje v zavodu</i>	Opis stanja
A	19	(A19)	(A19) u domu se mnogo krade...	Kraje v zavodu	Življenje v zavodu	Opis stanja
A	20	(A20)	(A20) e nema agresivnih pacienta nema agresivnih zaposlenih	Neagresivnost	<i>Odnosi med uporabniki</i>	Opis stanja
A	21	(A21)	(A21) teški bolesnici smrde,... I prostori za intenzivno nego	Problem smradu	Življenje v zavodu	Opis stanja
B	1	(B1)	(B1) Želim kući	Težnja k domu	<i>Svoboda</i>	Težave posameznika
B	2	(B2)	(B2) Imam 2 stana	Ima 2 stanovanja	Preselitev	Opis stanja

Intervju	Zap_izj		Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
B	3	(B3)	(B3) Prevario me socialni radnik I me stavio ovde.	Prevaranost uporabnika s strani SD	<i>Življenje v zavodu</i>	Težave posameznika
B	4	(B4)D	(B4)Dobro nam je ovde, imamo sve, samo izlazkenemamo	Pomanjkanje izhodov	<i>Izhodi</i>	Opis stanja
B	5	(B5)H	(B5)Hoću da mi tražite brata	Uporabnik/ica išee brata	Družina	Opis stanja
B	6	(B6)	<i>(B6) Želim da sam slobodna, da ne budem ovde</i>	<i>Želja po svobodi</i>	<i>Svoboda</i>	<i>Predlogi za rešitev</i>
B	7	(B7)	(B7) Ja imam djecu u inostranstvu	Otroci v tujini	Družina	Opis stanja
B	8	(B8)	(B8) Zbog terapije sam mirna	Mirne posledice terapije	Zdravila	Opis stanja
B	9	(B9)	(B9) Manj lekova	Manj zdravil	<i>Zdravila</i>	Predlogi za rešitev
B	10	(B10)	<i>(B10) Filozofska misel: živjeti dostojanstveno ljudski život</i>	<i>Želja po dostojanstvenm življenju</i>	<i>Vrednote</i>	<i>Predlogi za rešitev</i>
B	11	(B11)	(B11) Želeli bi izlazke	Želja po izhodih	Izhodi	Predlogi za rešitev
B	12	(B12)	(B12) Imamo djece (æerke, sinove, vnuke,...) želimo, da nas posjete.	Želja po obiskih	Družina	Predlogi za rešitev
B	13	(B13)	(B13) Direktorica kaže moji majki, da mogu da izadžem pod njenim uslovom.	Dovoljen izhod pod dovoljenjem matere	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
B	13	(B13)	(B13) Direktorica kaže moji majki, da mogu da izadžem pod njenim uslovom.	Izhod pod dovoljenjem matere	Preselitev	Opis stanja
B	14	(B14)	(B14) Oni mislijo da ja èupobeèi (pobegniti).	Begosumnost	<i>Odnosi med uporabniki in osebjem</i>	Opis stanja
C	1	(C1)O	(C1)Ovde nije dom ampak bolnica	Zavod ni dom, je bolnica	Življenje v zavodu	Opis stanja

Intervju	Zap_izj		Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
C	2	(C2)K	(C2)Korisnici se volemo I slažemo.	Medosebna složnost uporabnikov	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
C	2	(C2A)	<i>(C2A) Treba je da se ponašamo kao jedna ekipa.</i>	<i>Nujnost kolektivnega delovanja</i>	Odnosi med uporabniki	<i>Predlogi za rešitev</i>
C	3	(C3)	<i>(C3) Radniki nemaju vremena da slušaju naše probleme</i>	Pomanjkanje angažmaja iz strani osebja	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
C	4	(C4)M	(C4)Mislim da se ljudi tu borijo sami za sebe, šta jim je teško na duši.	Notranje borbe	Duševno zdravje	Težave posameznika
C	5	(C5)	(C5) Mi jako malo izlazimo iz kruga doma I to mi jako smeta. Treba da budemo u kontaktu s svetom.	Več kontakta z zunanjim svetom	Izhodi	Predlogi za rešitev
C	6	(C6)N	(C6)Netreba nam pričat samo o ružnim stvarima	Želja po pozitivnejši atmosferi	Življenje v zavodu	Odnosi
C	7	(C7)	(C7) Meni bilo je super kad sam stigla, a volela bi da se oslobodim ovih loših misli – volela bi da se jih osvobodi.	Neznanje po osvobajanju od slabih misli	Duševno zdravje	<i>Težave posameznika</i>
C	8	(C8)	(C8) U domu je lose	V domu je slabo	<i>Življenje v zavodu</i>	Opis stanja
C	9	(C9)	(C9) Bitno u ovoj domu je, da so svi boleštni i pijejo psihiatričke lekove. Svi ovde su došli.	Vsi bolni konzumirajo zdravila	Zdravila	Opis stanja
C	10	(C10)	(C10) Prisutna je pasivna agresija, napadaju za kafo I cigare.	Prisotnost pasivne agresije	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
C	11	(C11)	(C11) Meni je strašno žao da so nekateri sebični.	Sebičnost uporabnikov	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
C	12	(C12)	(C12) Neki ljudi kradejo zbog svoje bolesti	Kraja kot posledica bolezni	Duševno zdravje	Opis stanja
C	13	(C13)	<i>(C13)Trebali bi imeti predstanika stanara i predstanika skupštine</i>	<i>Predstavnika uporabnikov</i>	Skupščina	<i>Predlogi za rešitev</i>

Intervju	Zap_izj		Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
C	14	(C14)	(C14) Imamo obvezo, da skrbimo za higieno iI rad (koliko zmoremo), imamo radno terapijo	Skrb za higieno kot delovna terapija	Življenje v zavodu	Opis stanja
C	15	(C15)	(C15) Domski džaparac dobijo svi, radnidžaparac dobijo oni kojiradijo.	Domska žepnina za vse, delovna samo za delavce	Življenje v zavodu	Opis stanja
D	1	(D1)	(D1) Mi nismo duševno bolni	Niso bolni	Duševno zdravje	Opis stanja
D	2	(D2)	(D2) Slaba kvaliteta življenja	Slaba kvaliteta življenja	Življenje v zavodu	Opis stanja
D	4	(D4)	(D4) Da se na skupšèini doloèi direktorja skupšèine, ki bi bil v navezi z direktorico.	Doloèitev direktorja skupšèine	Skupščina	Predlogi za rešitev
D	5	(D5)	(D5) Lažje je vsem, ker ne rabijo oni (osebje) razmišljati o nas, paè pa mi o sebi.	Psihološka odvisnost od samega sebe	Odnosi med uporabniki in osebjem	Težave posameznika
D	5	(D5)	<i>(D5A) S pogovorom se rešujejo problemi.</i>	<i>Pogovor je rešitev</i>	Odnosi med uporabniki in osebjem	<i>Predlogi za rešitev</i>
D	6	(D6)	(D6) Meni se zdi, da je pravi èlovek ta, ki lahko zatrese èlovekovo dušo.	<i>Prodreti do duše kot pravi terapevtski pristop</i>	<i>Duševno zdravje</i>	<i>Predlogi za rešitev</i>
D	8	(D8)	(D8) Jaz bi povedala nekaj lepega. Moji cimri so mi rešili življenje, ko so poklicali medicinsko sestro.	Reševanje življenja	Življenje v zavodu	Opis stanja
D	9	(D9)U	<i>(D9)Uporabniki izgledamo kot da se razumemo, vendar temu sploh ni tako. Jaz bi želela, da se razumemo in delamo kot tim.</i>	<i>Resnično, a ne navidezno razumevanje</i>	Odnosi med uporabniki in osebjem	<i>Predlogi za rešitev</i>
D	10	(D10)	<i>(D10)Jaz mislim, da veliko dogovarjanja lahko privede do veliko problemov.</i>	<i>Veè dogovarjanja, prinese več problemov</i>	Življenje v zavodu	Opis stanja
D	11	(D11)	(D11) Imamo delovne obveze, delovno terapijo. Zmeraj je neka akcija.	Delovne terapija v zavodu	Življenje v zavodu	Opis stanja
D	12	(D12)	<i>(D12) Ker je to socialna ustanova, je treba ljudem pomagati da živijo sami.</i>	<i>Socialna ustanova kot posrednik pri samostojnosti</i>	Svoboda	<i>Predlogi za rešitev</i>
D	13	(D13)	<i>(D13) Ljudje se morajo boriti za svoje pravice v življenju.</i>	<i>Potrpbba bo borbi za pravice uporabnikov</i>	Vrednote	<i>Predlogi za rešitev</i>

Intervju	Zap_izj		Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
D	14	(D14)	(D14)Da bi imeli predstavnika stanovalcev in predstavnika skupščine.	Predstavnika uporabnikov	Skupščina	Predlogi za rešitev
D	15	(D15)	(D15) Tisti ki delamo, imamo delovno žepnino.	Delovna žepnina	Življenje v zavodu	Opis stanja
D	16	(D16)	(D16)Ko sem bila nepokretna, sem imela problem z enim uporabnikom – davil me je. Samo ena oseba je ukrepala.	Pomankljivo ukrepanje ob nasilju	Življenje v zavodu	Opis stanja
D	17	(D17)	(D17) Moramo poslušati kako nekdo govori, da je predsednica Jugoslavije.	Vsiljiva uporabnica	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
E	1	(E1)S	(E1)Shvađamo se zbog cigara ali ako bi mi mogli to kupiti mislimo, da bi se toleranca zvišala	Već cigaretov, već tolerance	Življenje v zavodu	Predlogi za rešitev
E	2	(E2)D	(E2)Doktori nas mora cjeniti tako kako mi cjenimo njih	Nespoštovanje uporabnikov iz strani farmacevtov	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
E	3	(E3)	(E3) Kako naj se izboljšajo odnosi ako ima ovdepuno razlićnih bolesti i toliko lekova	Težko medosebno okolje uporabnikov	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
E	4	(E4)	(E4) Neki dan kad sam pala mi nikonijepomagao vsi so se samo smijali	Zasmehovanje uporabnice	Odnosi med uporabniki	Težave posameznika
E	5	(E5)	(E5) Nek se sestavi neki mali odbor koji bi radio na nekima problemima (hrane)	Pobuda za odbor	Skupščina	Predlogi za rešitev
E	6	(E6)J	(E6)Jedemo hrano ki je kao za bebe ali nemožeš, da se najedeš a mi nimamo pare i izlaska da si kupe više in bolje hrane (vuće, sladkiš..)	Problematika neustrezne prehrane	Življenje v zavodu	Opis stanja
E	7	(E7)	(E7) dobivam lekove koji niso za moju diagnozo	Neustreznost zdravil	Zdravila	Težave posameznika
E	8	E(8)	E(8) Vi možete nam pomoći samo tako, da nas prihvatite take kakvi smo	Potreba po sprejemanju	Duševno zdravje	Predlogi za rešitev
E	9	(E9)	(E9) Više tolerance sa strani radnica do koritnica (da lepše odgovorijo i da se ne derejo za brezveze)	Toleranca osebja do uporabnikov	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
E	10	(E10)	(E10) Neki se ne držijo kućnog reda	Neupoštovanje hišnega reda	Življenje v zavodu	Opis stanja
E	11	(E11)	(E11) Više spoštovanja i manje konfliktova	Medsebojno spoštovanje	Odnosi med	Predlogi za

Intervju	Zap_izj		Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
					uporabniki in osebjem	rešitev
E	12	(E12)	(E12) Pomoč drug drugima	Medsebojna pomoč	Odnosi med uporabniki	Predlogi za rešitev
E	13	(E13)	(E13) Osebe ne ceni koristnica	Nespoštovanje osebja do uporabnikov	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
E	14	(E14)	(E14) Između nas je svaki našeo nekog koji mu pomože: meni Milan pomože da idem na šetnju jer sama nemogu	Spremstvo	Življenje v zavodu	Opis stanja
E	15	(E15)	(E15) treba mi mir, da sem sama	Želja po miru	Duševno zdravje	Opis stanja
E	16	(E16)	(E16) Rada bi otišla u prodavnico jer me jako nervira da nemogu sama	Brez pravice do samostojnega kupovanju	Življenje v zavodu	Težave posameznika
E	17	(E17)	(E17) Napravili so me za lopova jer je nešto izginilo sa sobe.	Obtožena kraje	Življenje v zavodu	Težave posameznika
E	18	(E18)	(E18) Ja sam dobila za kaznu ljekove koji niso za moju dijagnozu. Jel je ovo istina? Istina je istina.	Napačna zdravila kot način kaznovanja	Zdravila	Opis stanja
F	1	(F1)N	(F1)Neznamkojelekove pijemo	Nepoznavanje zdravil	Zdravila	Opis stanja
F	2	(F2)N	(F2)Na početku ekoviniso bili dobri a sad so bolji, a za nas niso dobri.	Boljša a še vedno nezdrava zdravila	Zdravila	Opis stanja
F	3	(F3)	(F3) Kazali so samo, da bude koristni (lekovi).	Nepoznavanje zdravil	Zdravila	Opis stanja
F	4	(F4)	(F4) Uspavajo nas z jako terapijo – jako lekova.	(Pre)Močna terapija	Zdravila	Opis stanja
F	5	(F5)	(F5) Nismo toliko ljudi	“Nismo tako nori”	Duševno zdravje	Opis stanja
F	6	/F6)	/F6) Pola lekova znam, pola lekova neznam	Polovično poznavanje zdravil	Zdravila	Opis stanja
F	7	(F7)	(F7) Meni ne odgovora da spavam cijelo noć	Neodgovarjanje prekomernega spanja	Zdravila	Težave posameznika
F	8	(F8)	(F8) Svaki dan imamo terapevtsko zajednicu od 15:00-18:00	Redna terapevtska skupina	Življenje v zavodu	Opis stanja
F	9	(F9)	(F9) Radni terapevti možejo da idejo sa name do lekara	Delovni terapevti kot spremstvo uporabnikom do lekarne	Življenje v zavodu	Opis stanja

Intervju	Zap_izj		Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
F	10	(F10)	(F10) Ja imam papir na kojem so sve informacije, šta pijem za doručak, ručak i večero	Informiranost uporabnika o prehrani	Življenje v zavodu	Opis stanja
G	1	(G1)P	(G1)Problem je što lekari nemajo poštovanja s strani pacientov	Nespoštovanje uporabnikov do osebja	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev
G	2	(G2)	(G2) Treba da ima podpurno slobodo (predstavnik skupščine)	Potrebna podpora predstavniku skupščine	Skupščina	Predlogi za rešitev
G	3	(G3)	(G3) Ja mislim da bi bilo bolje da je prestanik od ovde	Lokalnost predstavnika skupščine	Skupščina	Predlogi za rešitev
G	4	(G4)	(G4) Vez izmedžu direktora I korisniki za skupščino	Vez med uporabniki in direktorico	Skupščina	Predlogi za rešitev
G	5	(G5)	(G5) Pomembno je da korisniki I socialni radnici ostanejo u kontaktu (preko skupščin)	Sodelovanje uporabnikov	Skupščina	Predlogi za rešitev

Priloga C - Kategorije

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(A3)Dobila sam priloznost da zivim u kuæici..	Svobodno zivljenje	Preselitev	Opis stanja
(B7) Ja imam djecu u inostranstvu	Otroci v tujini	Družina	Opis stanja
(B5)Hoću da mi tražite brata	Uporabnik/ica išee brata	Družina	Opis stanja
(F5) Nismo toliko ljudi	“Nismo tako nori”	Duševno zdravje	Opis stanja
(C12) Neki ljudi kradejo zbog svoje bolesti	Kraja kot posledica bolezni	Duševno zdravje	Opis stanja
(D1) Mi nismo duševno bolni	Niso bolni	Duševno zdravje	Opis stanja
(A7) Ovde sam tu od prošle godine. Prihaja do verbalnih sukova – pasivna agresija.... Nijerazvrsteno po bolesti.	Verbalno nasilje, ne glede na vrste bolezni	Duševno zdravje	Opis stanja
(E15) treba mi mir, da sem sama	Želja po miru	Duševno zdravje	Opis stanja
(B4)Dobro nam je ovde, imamo sve, samo izlazkenemamo	Pomanjkanje izhodov	<i>Izhodi</i>	Opis stanja
(A8) Kad sam dobio prvi izlaz sam biopresrećan...	Presrećnost ob prvem izhodu	Izhodi	Opis stanja
(A20) e nema agresivnih pacienta nema agresivnih zaposlenih	Neagresivnost	<i>Odnosi med uporabniki</i>	Opis stanja
(A9)Ja mislim, da je malo problem adaptacije.	<i>Problem medosebne prilagajanja</i>	<i>Odnosi med uporabniki</i>	<i>Opis stanja</i>
(C11) Meni je strašno žao da so nekateri sebični.	Sebičnost uporabnikov	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(D17) Moramo poslušati kako nekdo govori, da je predsednica Jugoslavije.	Vsiljiva uporabnica	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(C2)Korisnici se volemo I slažemo.	Medosebna složnost uporabnikov	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(B14) Oni mislijo da ja eupobeći (pobegniti).	Begosumnost	<i>Odnosi med uporabniki in osebje</i>	Opis stanja
(B13) Direktorica kaže moji majki, da mogu da izadžem pod njenim uslovom.	Dovoljen izhod pod dovoljenjem matere	Odnosi med uporabniki in osebje	Opis stanja
(A14) Mi se naporno obnašamo prema njima . Tudi oni su ljudi sa svojim problem.	Naporno obnašanje uporabnikov do osebja	Odnosi med uporabniki in osebje	Opis stanja
(E13) Osebjne ne cjeni koristnica	Nespoštovanje osebja do uporabnikov	Odnosi med uporabniki in osebje	Opis stanja
(E2)Doktori nas mora cjeniti tako kako mi cjenimo njih	Nespoštovanje uporabnikov iz strani farmacevtov	<i>Odnosi med uporabniki in osebje</i>	Opis stanja

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(A13) Odnos osebjja je odličan bez obzira na to, da so jim srezaliplate	Odličen odnos osebjja ne glede na nižje plače	<i>Odnosi med uporabniki in osebjem</i>	Opis stanja
(E9) Više tolerance sa strani radnica do koritnica (da lepše odgovorijo i da se ne derejo za brezveze)	Toleranca osebjja do uporabnikov	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
(C3) Radniki nemajo vremena da slušajo naše probleme	Pomanjkanje angažmaja iz strani osebjja	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
(C10) Prisutna je pasivna agresija, napadaju za kafo I cigare.	Prisotnost pasivne agresije	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(B2) Imam 2 stana	Ima 2 stanovanja	Preselitev	Opis stanja
(B13) Direktorica kaže moji majki, da mogu da izadžem pod njenim uslovom.	Izhod pod dovoljenjem matere	Preselitev	Opis stanja
(A5) u kućicama nema maltretiranja...	Ni maltretiranja v hisici	Preselitev	Opis stanja
(A2) Mladen: Deinstitutionalizacija je gasit institucijo. Svi ljudi se preselijo u kućice	Zapiranje institucije	Preselitev	Opis stanja
(A4) Prilika da se zahvalim svim što sam dobila slobodo, kuham, perem,.. Zahvala		Preselitev	Opis stanja
(F4) Uspavajo nas z jako terapijo – jako lekova.	(Pre)Močna terapija	Zdravila	Opis stanja
(F2)Na početkul ekoviniso bili dobri a sad so bolji, a za nas niso dobri.	Boljša a še vedno nezdrava zdravila	Zdravila	Opis stanja
(B8) Zbog terapije sam mirna	Mirne posledice terapije	Zdravila	Opis stanja
(E18) Ja sam dobila za kaznu ljekove koji niso za moju dijagnozu. Jel je ovo istina? Istina je istina.	Napačna zdravila kot način kaznovanja	Zdravila	Opis stanja
(F1)Neznamkojelekove pijemo	Nepoznavanje zdravil	Zdravila	Opis stanja
(F3) Kazali so samo, da bude koristan (lekovi).	Nepoznavanje zdravil	Zdravila	Opis stanja
/F6) Pola lekova znam, pola lekova neznam	Polovično poznavanje zdravil	Zdravila	Opis stanja
(A16A) Pijemo puno lekova, smeta mi, da prek jutra spavam zbog lekova,.. ostane mi samo popoldne, večer,..	Prekomerno spanje zaradi zdravil	Zdravila	Opis stanja
(C9) Bitno u ovoj domu je, da so svi bolesni i pijejo psihiatričke lekove. Svi ovde su došli.	Vsi bolni konzumirajo zdravila	Zdravila	Opis stanja

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(D2) Slaba kvaliteta življenja	Slaba kvaliteta življenja	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A17) tu sam se popravila, u knježevcu ne postupajo dobro (tukla sta me dva tehničara)	Boljši zavod kot prejsni	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D15) Tisti ki delamo, imamo delovno žepnino.	Delovna žepnina	<i>Življenje v zavodu</i>	Opis stanja
(D11) Imamo delovne obveze, delovno terapijo. Zmeraj je neka akcija.	Delovne terapija v zavodu	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C15) Domski džaparac dobijo svi, radnidžaparac dobijo oni kojiradijo.	Domska žepnina za vse, delovna samo za delavce	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A19) u domu se mnogo krade...	Kraje v zavodu	Življenje v zavodu	Opis stanja
(E10) Neki se ne držijo kućnog reda	Neupoštevanje hišnega reda	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D16)Ko sem bila nepokretna, sem imela problem z enim uporabnikom – davil me je. Samo ena oseba je ukrepala.	Pomankljivo ukrepanje ob nasilju	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A21)teški bolestniki smrde,... I prostori za intenzivno nego	Problem smradu	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D8) Jaz bi povedala nekaj lepega. Moji cimri so mi rešili življenje, ko so poklicali medicinsko sestro.	Reševanje življenja	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C14) Imamo obvezo, da skrbimo za higieno iI rad (koliko zmoremo), imamo radno terapijo	Skrb za higieno kot delovna terapija	Življenje v zavodu	Opis stanja
<i>(A11) Između korisnika odnosi niso loše zbog bolesti, već lokacije.</i>	<i>Slabi odnosi zaradi lokacije</i>	Življenje v zavodu	<i>Opis stanja</i>
(E14) Između nas je svaki našeo nekog koji mu pomože: meni Milan pomože da idem na šetnju jer sama nemogu	Spremstvo	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C8) U domu je lose	V domu je slabo	<i>Življenje v zavodu</i>	Opis stanja
<i>(D10)Jaz mislim, da veliko dogovarjanja lahko privede do veliko problemov.</i>	<i>Več dogovarjanja, prinese več problemov</i>	Življenje v zavodu	<i>Opis stanja</i>
(A19a) imamo kamere	Video nadzor	<i>Življenje v zavodu</i>	Opis stanja
(C1)Ovde nije dom ampak bolnica	Zavod ni dom, je bolnica	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C6)Netreba nam priëat samo o ružnim stvarima	Želja po pozitivnejši atmosferi	Življenje v zavodu	Opis stanja

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(F9) Radni terapevti morajo da idejo sa name do lekara	Delovni terapevti kot spremstvo uporabnikom do lekarne	Življenje v zavodu	Opis stanja
(F10) Ja imam papir na kojem so sve informacije, šta pijem za doručak, ručak i večero	Informiranost uporabnika o prehrani	Življenje v zavodu	Opis stanja
(E6) Jedemo hranu ki je kao za bebe ali nemožes, da se najedeš a mi nimamo pare i izlaska da si kupe više in bolje hrane (vuče, sladkiš..)	Problematika neustrezne prehrane	Življenje v zavodu	Opis stanja
(F8) Svaki dan imamo terapevtsko zajednicu od 15:00-18:00	Redna terapevtska skupina	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A10) svi smo tu malo više I malo manje bolesni....	Različne stopnje bolezni	Duševno zdravje	Opis stanja
(E3) Kako naj se izboljšajo odnosi ako ima ovdepuno razliènih bolesti i toliko lekova	Težko medosebno okolje uporabnikov	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(A6)Na drugomodeljenju nema nikakve slobode –	Ni svobode	Svoboda	Opis stanja
(B12) Imamo djece (æerke, sinove, vnuke,..) želimo, da nas posjete.	Želja po obiskih	Družina	Predlogi za rešitev
(A10a)Treba razgovarat brez obzira na bolest???	Pogovor ne glede na vrste bolezni	Duševno zdravje	Predlogi za rešitev
E(8) Vi možete nam pomoći samo tako, da nas prihvatite take kakvi smo	Potreba po sprejemanju	Duševno zdravje	Predlogi za rešitev
(D6) Meni se zdi, da je pravi èlovek ta, ki lahko zatrese èlovekovo dušo.	Prodreti do duše kot pravi terapevtski pristop	Duševno zdravje	Predlogi za rešitev
(C5) Mi jako malo izlazimo iz kruga doma I to mi jako smeta. Treba da budemo u kontaktu s svetom.	Več kontakta z zunanjim svetom	Izhodi	Predlogi za rešitev
(B11) Želeli bi izlazke	Želja po izhodih	Izhodi	Predlogi za rešitev
(E12) Pomoć drug drugima	Medsebojna pomoć	Odnosi med uporabniki	Predlogi za rešitev
(C2A) Treba je da se ponašamo kao jedna ekipa.	Nujnost kolektivnega delovanja	Odnosi med uporabniki	Predlogi za rešitev
(D5A) S pogovorom se rešujuje problemi.	Pogovor je rešitev	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev
(E11) Više spoštovanja i manje konfliktova	Medsebojno spoštovanje	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev
(G1)Problem je što lekari nemaju poštovanja s strani	Nespoštovanje uporabnikov do osebja	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
pacientov			
(A12) Potrebno se je pogovarjati, ker ima vsak kaj za povedat.	Potreba po pogovarjanju je rešitev	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev
(D9)Uporabniki izgledamo kot da se razumemo, vendar temu sploh ni tako. Jaz bi želela, da se razumemo in delamo kot tim.	Resnično, a ne navidezno razumevanje	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev
(A1) u planu je, da se svi preselimo	Preselitev uporabnikov	Preselitev	Predlogi za rešitev
(D4) Da se na skupščini določi direktorja skupščine, ki bi bil v navezi z direktorico.	Določitev direktorja skupščine	Skupščina	Predlogi za rešitev
(G3) Ja mislim da bi bilo bolje da je prestanik od ovde	Lokalnost predstavnika skupščine	Skupščina	Predlogi za rešitev
(A15) ŽELIMO DA SKUPŠTINE OSTAJO!	Ohranitev skupščin	Skupščina	Predlogi za rešitev
(A15a) Može da uradimo peticijo (glasajo ZA)	Peticija za ohranitev skupščin	Skupščina	Predlogi za rešitev
(A15b) Želimo da vam direktorka plati put, da dodžete na skupštine.	Plačevanje direktorice za prevoz študentov na skupščine	Skupščina	Predlogi za rešitev
(G2) Treba da ima podpurno slobodo (predstavnik skupščine)	Potrebna podpora predstavniku skupščine	Skupščina	Predlogi za rešitev
(C13)Trebali bi imeti predstanika stanara i predstanika skupštine	Predstavnika uporabnikov	Skupščina	Predlogi za rešitev
(D14)Da bi imeli predstavnika stanovalcev in predstavnika skupščine.	Predstavnika uporabnikov	Skupščina	Predlogi za rešitev
(G5) Pomembno je da korisniki I socialni radnici ostanejo u kontaktu (preko skupščin)	Sodelovanje uporabnikov	Skupščina	Predlogi za rešitev
(G4) Vez izmedžu direktora I korisniki za skupščino	Vez med uporabniki in direktorico	Skupščina	Predlogi za rešitev
(A18) želim da postanem, član skupštine	Želja po članstvu skupščine	Skupščina	Predlogi za rešitev
(E5) Nek se sestavi neki mali odbor koji bi radio na nekima problemima (hrane)	Pobuda za odbor	Skupščina	Predlogi za rešitev
(D12) Ker je to socialna ustanova, je treba ljudem pomagati da živijo sami.	Socialna ustanova kot posrednik pri samostojnosti	Svoboda	Predlogi za rešitev

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(A6a) Na drugomodeljenju nema nikakve slobode – to treba, da se popravi	Potreba po izboljšanju	Svoboda	Predlogi za rešitev
(B6) Želim da sam slobodna, da ne budem ovde	Želja po svobodi	Svoboda	Predlogi za rešitev
(D13) Ljudje se morajo boriti za svoje pravice v življenju.	Potrpa bo borbi za pravice uporabnikov	Vrednote	Predlogi za rešitev
(B10) Filozofska misel: živjeti dostojanstveno ljudski život	Želja po dostojanstvenm življenju	Vrednote	Predlogi za rešitev
(B9) Manj lekova	Manj zdravil	Zdravila	Predlogi za rešitev
(E1) Shvađamo se zbog cigara ali ako bi mi mogli to kupiti mislimo, da bi se tolerance zvišala	Več cigaretov, več tolerance	Življenje v zavodu	Predlogi za rešitev
(C7) Meni bilo je super kad sam stigla, a volela bi da se oslobodim ovih loših misli – volela bi da se jih osvobodi.	Neznanje po osvobajanju od slabih misli	Duševno zdravje	Težave posameznika
(C4) Mislim da se ljudi tu borijo sami za sebe, šta jim je teško na duši.	Notranje borbe	Duševno zdravje	Težave posameznika
(E4) Neki dan kad sam pala mi nikonijepomagao vsi so se samo smijali	Zasmehovanje uporabnice	Odnosi med uporabniki	Težave posameznika
(D5) Lažje je vsem, ker ne rabijo oni (osebje) razmišljati o nas, pač pa mi o sebi.	Psihološka odvisnost od samega sebe	Odnosi med uporabniki in osebjem	Težave posameznika
(B1) Želim kuæi	Težnja k domu	Svoboda	Težave posameznika
(F7) Meni ne odgovora da spavam cijelo noć	Neodgovarjanje prekomernega spanja	Zdravila	Težave posameznika
(E7) dobivam lekove koji niso za moju diagnozo	Neustreznost zdravil	Zdravila	Težave posameznika
(A16) Pred 20 dnevi sem bio u knježevcu, pa su mi zmanjili dozo,... ovde mi je ne.	Nezmanjšanje zdravil	Zdravila	Težave posameznika
(E16) Rada bi otišla u prodanico jer me jako nervira da nemogu sama	Brez pravice do samostojnega kupovanju	Življenje v zavodu	Težave posameznika
(E17) Napravili so me za lopova jer je nešto izginilo sa sobe.	Obtožena kraje	Življenje v zavodu	Težave posameznika
(B3) Prevario me socialni radnik I me stavio ovde.	Prevaranost uporabnika s strani SD	Življenje v zavodu	Težave posameznika

Priloga D - Nadkategorije

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(A3)Dobila sam priložnost da živim u kućici..	Svobodno življenje	Preselitev	Opis stanja
(B7) Ja imam djecu u inostranstvu	Otroci v tujini	Družina	Opis stanja
(B5)Hoću da mi tražite brata	Uporabnik/ica išee brata	Družina	Opis stanja
(F5) Nismo toliko ljudi	“Nismo tako nori”	Duševno zdravje	Opis stanja
(C12) Neki ljudi kradejo zbog svoje bolesti	Kraja kot posledica bolezni	Duševno zdravje	Opis stanja
(D1) Mi nismo duševno bolni	Niso bolni	Duševno zdravje	Opis stanja
(A7) Ovde sam tu od prošle godine. Prihaja do verbalnih sukova – pasivna agresija.... Nijerazvrsteno po bolesti.	Verbalno nasilje, ne glede na vrste bolezni	Duševno zdravje	Opis stanja
(E15) treba mi mir, da sem sama	Želja po miru	Duševno zdravje	Opis stanja
(B4)Dobro nam je ovde, imamo sve, samo izlazkenemamo	Pomanjkanje izhodov	Izhodi	Opis stanja
(A8) Kad sam dobio prvi izlaz sam biopresrećen...	Presrećenost ob prvem izhodu	Izhodi	Opis stanja
(A20) e nema agresivnih pacienta nema agresivnih zaposlenih	Neagresivnost	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(A9)Ja mislim, da je malo problem adaptacije.	Problem medosebnega prilagajanja	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(C11) Meni je strašno žao da so nekateri sebični.	Sebičnost uporabnikov	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(D17) Moramo poslušati kako nekdo govori, da je predsednica Jugoslavije.	Vsiljiva uporabnica	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(C2)Korisnici se volem o I slažemo.	Medosebna složnost uporabnikov	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(B14) Oni mislijo da ja ćupobeći (pobegniti).	Begosumnost	Odnosi med uporabniki in osebje	Opis stanja
(B13) Direktorica kaže moji majki, da mogu da izadžem pod njenim uslovom.	Dovoljen izhod pod dovoljenjem matere	Odnosi med uporabniki in osebje	Opis stanja
(A14) Mi se naporno obnašamo prema njima . Tudi oni su ljudi sa svojim problem.	Naporno obnašanje uporabnikov do osebja	Odnosi med uporabniki in osebje	Opis stanja
(E13) Osebj e ne cjeni koristnica	Nespoštovanje osebja do uporabnikov	Odnosi med uporabniki in osebje	Opis stanja
(E2)Doktori nas mora cjeniti tako kako mi cjenimo njih	Nespoštovanje uporabnikov iz strani farmacevtov	Odnosi med uporabniki in osebje	Opis stanja
(A13)Odnos osobja je odličan bez obzira na to, da so jim srezaliplate	Odličan odnos osebja ne glede na nižje plaće	Odnosi med uporabniki in osebje	Opis stanja

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(E9) Više tolerance sa strani radnica do koritnica (da lepše odgovorijo i da se ne derejo za brezveze)	Toleranca osebja do uporabnikov	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
(C3) Radniki nemajo vremena da slušajo naše probleme	Pomanjkanje angažmaja iz strani osebja	Odnosi med uporabniki in osebjem	Opis stanja
(C10) Prisutna je pasivna agresija, napadaju za kafo I cigare.	Prisotnost pasivne agresije	Odnosi med uporabniki	Opis stanja
(B2) Imam 2 stana	Ima 2 stanovanja	Preselitev	Opis stanja
(B13) Direktorica kaže moji majki, da mogu da izadžem pod njenim uslovom.	Izhod pod dovoljenjem matere	Preselitev	Opis stanja
(A5) u kućicama nema maltretiranja...	Ni maltretiranja v hisici	Preselitev	Opis stanja
(A2) Mladen: Deinstitutionalizacija je gasit institucijo. Svi ljudi se preselijo u kućice	Zapiranje institucije	Preselitev	Opis stanja
(A4) Prilika da se zahvalim svim što sam dobila slobodo, kuham, perem,.. Zahvala		Preselitev	Opis stanja
(F4) Uspavajo nas z jako terapijo – jako lekova.	(Pre)Moèna terapija	Zdravila	Opis stanja
(F2)Na poèetku ekoviniso bili dobri a sad so bolji, a za nas niso dobri.	Boljša a še vedno nezdrava zdravila	Zdravila	Opis stanja
(B8) Zbog terapije sam mirna	Mirne posledice terapije	Zdravila	Opis stanja
(E18) Ja sam dobila za kaznu lijekove koji niso za moju dijagnozu. Jel je ovo istina? Istina je istina.	Napačna zdravila kot način kaznovanja	Zdravila	Opis stanja
(F1)Neznamkojelekove pijemo	Nepoznavanje zdravil	Zdravila	Opis stanja
(F3) Kazali so samo, da bude koristni (lekovi).	Nepoznavanje zdravil	Zdravila	Opis stanja
/F6) Pola lekova znam, pola lekova neznam	Polovično poznavanje zdravil	Zdravila	Opis stanja
(A16A) Pijemo puno lekova, smeta mi, da prek jutra spavam zbog lekova,.. ostane mi samo popoldne, veèer,..	Prekomerno spanje zaradi zdravil	Zdravila	Opis stanja
(C9) Bitno u ovoj domu je, da so svi boleštni i pijejo psihiatriške lekove. Svi ovde su došli.	Vsi bolni konzumirajo zdravila	Zdravila	Opis stanja
(D2) Slaba kvaliteta življenja	Slaba kvaliteta življenja	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A17) tu sam se popravila, u knježevcu ne postupajo dobro (tukla sta me dva tehničara)	Boljsi zavod kot prejsni	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D15) Tisti ki delamo, imamo delovno žepnino.	Delovna žepnina	Življenje v zavodu	Opis stanja

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(D11) Imamo delovne obveze, delovno terapijo. Zmeraj je neka akcija.	Delovne terapija v zavodu	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C15) Domski džaparac dobijo svi, radnidžaparac dobijo oni kojiradijo.	Domska žepnina za vse, delovna samo za delavce	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A19) u domu se mnogo krade...	Kraje v zavodu	Življenje v zavodu	Opis stanja
(E10) Neki se ne držijo kuènog reda	Neupoštevanje hišnega reda	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D16)Ko sem bila nepokretna, sem imela problem z enim uporabnikom – davil me je. Samo ena oseba je ukrepala.	Pomankljivo ukrepanje ob nasilju	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A21)teški bolestniki smrde,.. I prostori za intenzivno nego	Problem smradu	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D8) Jaz bi povedala nekaj lepega. Moji cimri so mi rešili življenje, ko so poklicali medicinsko sestro.	Reševanje življenja	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C14) Imamo obvezo, da skrbimo za higieno iI rad (koliko zmoremo), imamo radno terapijo	Skrb za higieno kot delovna terapija	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A11) Između korisnika odnosi niso loše zbog bolesti, veæ lokacije.	Slabi odnosi zaradi lokacije	Življenje v zavodu	Opis stanja
(E14) Između nas je svaki našeo nekog koji mu pomože: meni Milan pomože da idem na šetnju jer sama nemogu	Spremstvo	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C8) U domu je lose	V domu je slabo	Življenje v zavodu	Opis stanja
(D10)Jaz mislim, da veliko dogovarjanja lahko privede do veliko problemov.	Veæ dogovarjanja, prinese veæ problemov	Življenje v zavodu	Opis stanja
(A19a) imamo kamere	Video nadzor	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C1)Ovde nije dom ampak bolnica	Zavod ni dom, je bolnica	Življenje v zavodu	Opis stanja
(C6)Netreba nam prièat samo o ružnim stvarima	Želja po pozitivnejši atmosferi	Življenje v zavodu	Opis stanja
(F9) Radni terapeuti možejo da idejo sa name do lekara	Delovni terapeuti kot spremstvo uporabnikom do lekarne	Življenje v zavodu	Opis stanja
(F10) Ja imam papir na kojem so sve informacije, šta pijem za doruèak, ruèak i večero	Informiranost uporabnika o prehrani	Življenje v zavodu	Opis stanja
(E6)Jedemo hrano ki je kao za bebe ali nemožeš, da se najedeš a mi nimamo pare i izlaska da si kupe više in bolje hrane (vuèe, sladkiš..)	Problematika neustrezne prehrane	Življenje v zavodu	Opis stanja
(F8) Svaki dan imamo terapijsko zajednicu od 15:00-	Redna terapijska skupina	Življenje v zavodu	Opis stanja

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
18:00			
(A10) svi smo tu malo više I malo manje boleštni....	Različne stopnje bolezní	<i>Duševno zdravje</i>	Opis stanja
(E3) Kako naj se izboljšajo odnosi ako ima ovdepuno različnih bolesti i toliko lekova	<i>Teško medosebno okolje uporabnikov</i>	Odnosi med uporabniki	<i>Opis stanja</i>
(A6)Na drugomodeljenju nema nikakve slobode –	<i>Ni svobode</i>	Svoboda	<i>Opis stanja</i>
(B12) Imamo djece (æerke, sinove, vnuke,..) želimo, da nas posjete.	Želja po obiskih	Družina	Predlogi za rešitev
(A10a)Treba razgovarat brez obzira na bolest???	Pogovor ne glede na vrste bolezní	<i>Duševno zdravje</i>	Predlogi za rešitev
E(8) Vi možete nam pomoèi samo tako, da nas prihvatite take kakvi smo	<i>Potreba po sprejemanju</i>	Duševno zdravje	<i>Predlogi za rešitev</i>
(D6) Meni se zdi, da je pravi èlovek ta, ki lahko zatrese èlovekovo dušo.	<i>Prodreti do duše kot pravi terapevtski pristop</i>	<i>Duševno zdravje</i>	<i>Predlogi za rešitev</i>
(C5) Mi jako malo izlazimo iz kruga doma I to mi jako smeta. Treba da budemo u kontaktu s svetom.	Več kontakta z zunanjim svetom	Izhodi	Predlogi za rešitev
(B11) Želeli bi izlazke	Želja po izhodih	Izhodi	Predlogi za rešitev
(E12) Pomoè drug drugima	Medsebojna pomoè	Odnosi med uporabniki	Predlogi za rešitev
(C2A) Treba je da se ponašamo kao jedna ekipa.	<i>Nujnost kolektivnega delovanja</i>	Odnosi med uporabniki	<i>Predlogi za rešitev</i>
(D5A) S pogovorom se rešujejo problemi.	<i>Pogovor je rešitev</i>	Odnosi med uporabniki in osebjem	<i>Predlogi za rešitev</i>
(E11) Više spoštovanja i manje kofliktova	Medsebojno spoštovanje	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev
(G1)Problem je što lekari nemajo poštovanja s strani pacientov	Nespoštovanje uporabnikov do osebja	Odnosi med uporabniki in osebjem	Predlogi za rešitev
(A12) Potrebno se je pogovarjati, ker ima vsak kaj za povedat.	<i>Potreba po pogovarjanju je rešitev</i>	Odnosi med uporabniki in osebjem	<i>Predlogi za rešitev</i>
(D9)Uporabniki izgledamo kot da se razumemo, vendar temu sploh ni tako. Jaz bi želela, da se razumemo in delamo kot tim.	<i>Resnično, a ne navidezno razumevanje</i>	Odnosi med uporabniki in osebjem	<i>Predlogi za rešitev</i>
(A1) u planu je, da se svi preselimo	Preselitev uporabnikov	Preselitev	Predlogi za rešitev
(D4) Da se na skupšèini doloèi direktorja skupšèine, ki bi bil v navezi z direktorico.	Doloèitev direktorja skupšèine	Skupščina	Predlogi za rešitev

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(G3) Ja mislim da bi bilo bolje da je prestanik od ovde	Lokalnost predstavnika skupščine	Skupščina	Predlogi za rešitev
(A15) ŽELIMO DA SKUPŠTINE OSTAJO!	Ohranitev skupščin	Skupščina	Predlogi za rešitev
(A15a) Može da uradimo peticijo (glasajo ZA)	Peticija za ohranitev skupščin	Skupščina	Predlogi za rešitev
(A15b) Želimo da vam direktorka plati put, da dodžete na skupštine.	Plačevanje direktorice za prevoz študentov na skupščine	Skupščina	Predlogi za rešitev
(G2) Treba da ima podpurno slobodo (predstavniki skupščine)	Potrebna podpora predstavniku skupščine	Skupščina	Predlogi za rešitev
(C13)Trebali bi imeti predstanika stanara i predstanika skupštine	Predstavnika uporabnikov	Skupščina	Predlogi za rešitev
(D14)Da bi imeli predstavnika stanovalcev in predstavnika skupščine.	Predstavnika uporabnikov	Skupščina	Predlogi za rešitev
(G5) Pomembno je da korisniki I socialni radnici ostanu u kontaktu (preko skupščin)	Sodelovanje uporabnikov	Skupščina	Predlogi za rešitev
(G4) Vez izmedžu direktora I korisniki za skupščino	Vez med uporabniki in direktorico	Skupščina	Predlogi za rešitev
(A18) želim da postanem, član skupštine	Želja po članstvu skupščine	Skupščina	Predlogi za rešitev
(E5) Nek se sestavi neki mali odbor koji bi radio na nekima problemima (hrane)	Pobuda za odbor	Skupščina	Predlogi za rešitev
(D12) Ker je to socialna ustanova, je treba ljudem pomagati da živijo sami.	Socialna ustanova kot posrednik pri samostojnosti	Svoboda	Predlogi za rešitev
(A6a) Na drugomodeljenju nema nikakve slobode – to treba, da se popravi	Potreba po izboljšanju	Svoboda	Predlogi za rešitev
(B6) Želim da sam slobodna, da ne budem ovde	Želja po svobodi	Svoboda	Predlogi za rešitev
(D13) Ljudje se morajo boriti za svoje pravice v življenju.	Potrpbna bo borbi za pravice uporabnikov	Vrednote	Predlogi za rešitev
(B10) Filozofska misel: živjeti dostojanstveno ljudski život	Želja po dostojanstvenm življenju	Vrednote	Predlogi za rešitev
(B9) Manj lekova	Manj zdravil	Zdravila	Predlogi za rešitev
(E1)Shvađamo se zbog cigara ali ako bi mi mogli to kupiti mislimo, da bi se toleranca zvišala	Več cigaretov, več tolerance	Življenje v zavodu	Predlogi za rešitev

Izjava	Pojem	Kategorija	Nadkategorija
(C7) Meni bilo je super kad sam stigla, a volela bi da se oslobodim ovih loših misli – volela bi da se jih osvobodi.	Neznanje po osvobajanju od slabih misli	Duševno zdravje	<i>Težave posameznika</i>
(C4) Mislim da se ljudi tu borijo sami za sebe, šta jim je teško na duši.	Notranje borbe	Duševno zdravje	Težave posameznika
(E4) Neki dan kad sam pala mi nikonijepomagao vsi so se samo smijali	<i>Zasmehovanje uporabnice</i>	Odnosi med uporabniki	<i>Težave posameznika</i>
(D5) Lažje je vsem, ker ne rabijo oni (osebje) razmišljati o nas, paè pa mi o sebi.	Psihološka odvisnost od samega sebe	Odnosi med uporabniki in osebjem	Težave posameznika
(B1) Želim kuæi	Težnja k domu	<i>Svoboda</i>	Težave posameznika
(F7) Meni ne odgovora da spavam cijelo noć	Neodgovarjanje prekomernega spanja	Zdravila	Težave posameznika
(E7) dobivam lekove koji niso za moju diagnozo	Neustreznost zdravil	Zdravila	Težave posameznika
(A16) Pred 20 dnevi sem bio u knježevcu, pa su mi zmanjili dozo,.. ovde mi je ne.	Nezmanjšanje zdravil	Zdravila	Težave posameznika
(E16) Rada bi otišla u prodanico jer me jako nervira da nemogu sama	Brez pravice do samostojnega kupovanju	Življenje v zavodu	Težave posameznika
(E17) Napravili so me za lopova jer je nešto izginilo sa sobe.	Obtožena kraje	Življenje v zavodu	Težave posameznika
(B3) Prevario me socialni radnik I me stavio ovde.	Prevaranost uporabnika s strani SD	<i>Življenje v zavodu</i>	Težave posameznika